21/8

REVUE MENSUELLE

DES

MALADIES DE L'ENFANCE

TOME II

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT

La **Revue des Maladies de l'Enfance** paraît le 1er de chaque mois, par fascicules de 48 pages in-8°, au moins, formant chaque année un volume d'environ 600 pages, avec planches ajoutées au texte, titre et table des matières.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les départements...............	**12** fr.
Pour les pays faisant partie de l'*Union postale*.	**14** fr.

On s'abonne à Paris, à la librairie G. STEINHEIL, 2, rue Casimir-Delavigne, et chez tous les libraires de la France et de l'étranger.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé à M. le Dr PIERRE-J. MERCIER, 25, rue Prony, Paris.

REVUE MENSUELLE

DES

MALADIES DE L'ENFANCE

HYGIÈNE — MÉDECINE — CHIRURGIE — ORTHOPÉDIE

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE MM. LES DOCTEURS

CADET DE GASSICOURT ET L.-A. DE SAINT-GERMAIN

Secrétaire de la Rédaction :

M. LE DOCTEUR PIERRE-J. MERCIER

TOME II

Contenant les travaux de MM.

ALBRECHT, AUBERT, BERTHET, BLONDEAU, CADET DE GASSICOURT, DESCROIZILLES, FLORAND, D'HEILLY, LAUNOIS, MERCIER (Pierre-J.), MOIZARD, MONCORVO, MONNIER, MOREL-LAVALLÉE, OLLIVIER, PENNEL, RENAULT, de SAINT-GERMAIN, SIMON (Jules), THÉREMIN, VALLIN, VALUDE, WINS.

1884

PARIS
LIBRAIRIE G. STEINHEIL
SUCCESSEUR DE H. LAUWEREYNS
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1884

PRINCIPAUX COLLABORATEURS

MESSIEURS LES DOCTEURS

Abadie, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Balzer, médecin des hôpitaux.

Bergeron, membre de l'Académie de médecine, médecin honoraire de l'hôpital Trousseau.

Blache (René), ancien interne des hôpitaux de Paris.

Blachez, professeur agrégé de la Faculté, médecin de l'hôpital des Enfants-Assistés.

Cadet de Gassicourt, médecin de l'hôpital Trousseau.

Descroizilles, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

D'Heilly, médecin de l'hôpital Trousseau.

Fieuzal, médecin en chef de l'hospice des Quinze-Vingts.

Guéniot, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien de l'hospice des Enfants-Assistés.

Labric, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

Lannelongue, professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté, chirurgien de l'hôpital Trousseau, membre de l'Académie de médecine.

Launois, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Mercier (Pierre-J.), deux fois lauréat de la Faculté, consultant à Bourbonne-les-Bains (Haute-Marne).

Moizard, médecin des hôpitaux.

Moncorvo, professeur de policlinique à Rio-Janeiro.

Ollivier, professeur agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

Onimus, lauréat de l'Institut.

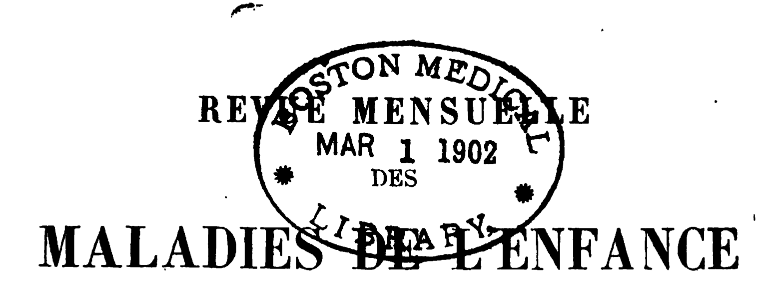
Saint-Germain (de), chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades.

Sanné, ancien interne des hôpitaux.

Sévestre, médecin de l'hôpital Tenon.

Jules Simon, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

Tarnier, membre de l'Académie de médecine, professeur d'accouchements à la Faculté, chirurgien en chef à la Maternité.



REVUE MENSUELLE
DES
MALADIES DE L'ENFANCE

Janvier 1884

TRAVAUX ORIGINAUX

DE LA SCLÉROSE CÉRÉBRALE CHEZ LES ENFANTS.

DEUXIÈME PARTIE. — **Symptomatologie.** (Suite et fin.) *Attaques épileptiformes : épilepsie partielle, état de mal; troubles intellectuels, sensoriels; céphalalgie; fièvre irrégulière, passagère; troubles digestifs. Diversité symptomatologique.* — **Marche**. *Variable.* — **Durée.** *Indéterminée.* — **Diagnostic.** *Avec la paralysie spinale atrophique, l'éclampsie, l'épilepsie vraie, l'irritation et la congestion cérébrales, les tumeurs et les épanchements, les traumatismes du cerveau.* — **Pronostic.** *Rémissions importantes.* — **Traitement.**

CONFÉRENCES FAITES A L'HOPITAL DES ENFANTS-MALADES

Par le Dr Jules Simon.

En vous présentant un enfant qui est un type d'épilepsie Jacksonnienne, je n'oublie pas les conclusions auxquelles Charcot et Pitres sont arrivés, à savoir : que l'épilepsie partielle, coïncidant avec des phénomènes paralytiques, indique une lésion limitée de la zone corticale excito-motrice contiguë, mais qu'elle ne prouve rien quant à la nature de la lésion.

qui peut être aussi placée dans les méninges et la substance corticale sous-jacente. L'existence de mouvements choréiques paraît pourtant bien démontrer, comme certains faits pathologiques le prouvent, que c'est une lésion corticale de la région motrice, soumise à un processus irritatif, qui est en jeu.

Si l'accès d'épilepsie partielle débute par *le membre inférieur*, l'aura part du pied ou du mollet, et des phénomènes de contraction, de flexion, quelquefois d'extension, précèdent les secousses, limitées au pied, à la jambe, à la cuisse, et ensuite étendues au côté et à la totalité du corps.

Dans l'épilepsie Jacksonnienne débutant *par la face*, on en observe le point de départ dans les lèvres ; d'autres fois, dans les yeux, les paupières, les joues.

Quand la paralysie, de partielle qu'elle était, s'étend progressivement et finit par se généraliser, les phénomènes de l'aura et de la contraction musculaire se développent sur tous les points, plus ou moins inégalement répartis, et la perte de connaissance arrive simultanément; si bien que le malade est surpris par son attaque et ne la constate point dans ses débuts et son évolution.

Les accès, grands ou petits, se rapprochent ou s'éloignent, tantôt par le fait de l'excitation ou de l'état de repos de la lésion, tantôt sous l'influence des agents extérieurs (chaleur, froid excessif, piqûre, pincement, etc.) ou des calmants spéciaux (bromures, valériane).

D'ordinaire, vous noterez que nous modérons toujours les attaques par l'emploi des bromures et une hygiène convenable. Ce succès de notre intervention est encourageant, et je vous le rappellerai de nouveau à l'occasion du pronostic.

Pourtant, il est des cas graves de sclérose progressive, comme chez la petite fille recommandée par M. Delasiauve, où les attaques convulsives ne cessent plus. Le patient est constamment en état de mal, et succombe fatalement dans un temps assez rapproché.

La fréquence seule des attaques ne fait point la gravité du cas. Il faut qu'il s'y ajoute l'asphyxie, l'état de mal permanent.

J'ai vu bon nombre de petits enfants manifestement paralysés, scléreux, tourmentés par des attaques répétées 8 à 10 fois par jour, dont la santé s'améliorait avec l'aide du temps et du traitement.

Il convient d'attirer aussi votre attention sur les *troubles de l'intelligence et des sens* ; très variables dans leurs manifestations et leur étendue, ils ne manquent pas de se présenter parfois d'une façon très insolite. Voici un enfant privé de presque toutes ses facultés. Sa physionomie béate, son regard fixe, sans expression, sa lèvre pendante, d'où s'écoule de la salive, sa bouche entr'ouverte, trahissent de prime abord son idiotie, que l'absence d'entendement, et la privation du langage articulé rendent encore plus évidente. Quelques enfants atteignent rapidement cette extrême limite de l'abrutissement; chez d'autres, on suit les étapes de la déchéance intellectuelle, qui étonne d'autant plus les parents, que l'enfant parfois semblait bien doué dès le début de la vie.

Vous verrez de petits sujets présenter, à l'âge de 5 à 6 mois, une remarquable vivacité du regard, de la mémoire et de l'entendement. Comparés à des bébés du même âge, ils semblent vraiment privilégiés à cet égard. Si, poussant votre enquête avec soin dans les moindres détails, vous apprenez alors que l'enfant est irritable, pleure à tout propos, passe de mauvaises nuits, se réveille au moindre bruit, souvent en sursaut et comme s'il était en proie à un cauchemar, jusqu'ici vous n'avez affaire qu'à un enfant nerveux, curable. Si l'excitation s'accentue, les phénomènes morbides s'étendent aux actes et aux mouvements de l'enfant. Il ne peut plus rester au repos pendant la veille ; il ne dort que par intervalles fort courts et souvent entrecoupés de cris et de changement de position des bras, des jambes et du tronc. L'intelligence sans équilibre, sans mémoire, parfois ouverte dans certains cas, ne recueille la notion ni du langage, ni du toucher, ni des autres sens. Il n'est pas rare de voir l'enfant tomber dans des convulsions sous l'influence des causes les plus légères. On n'ob-

serve point encore cependant de véritable paralysie d'aucune sorte.

Nous ne sommes qu'à la période d'irritation cérébrale. Nous n'avons pas atteint la lésion scléreuse.

Quelquefois le travail irritatif et congestif s'arrête et s'éteint, mais le plus souvent il devient le point de départ de la prolifération conjonctive de la névroglie.

Les noyaux de sclérose étant formés, les paralysies isolées apparaissent plus ou moins accentuées, pendant que les convulsions se répètent et que l'intelligence, non seulement cesse de s'accroître, mais encore restreint de plus en plus ses facultés. Quelques petits malades perdent complètement la mémoire, d'autres ne la conservent que pour certains objets; on voit des scléreux doux et souriants, mais ils sont d'ordinaire indifférents, ou tristes et méchants. J'ai vu des enfants qui me paraissaient absolument indemnes au point de vue intellectuel; on les disait seulement arriérés, en retard, et les parents me fortifiaient dans cette observation très rare d'ailleurs, en raison de la difficulté qu'on rencontre à contrôler, chez les enfants, une particularité aussi délicate. Je n'affirmerais pas que je n'ai pas été induit en erreur de cette façon, non que je ne puisse concevoir l'intégrité des facultés intellectuelles d'un enfant en bas âge malgré la présence d'un ou de quelques petits noyaux dans les centres excito-moteurs, mais parce que les parents, ou par affection ou par d'autres sentiments, se cachent à eux-mêmes les défectuosités actuelles de l'entendement de leur enfant malade. J'ai souvent constaté ce fait, qui devient, par suite, une source d'erreurs pour le médecin ne vivant pas aux côtés du scléreux.

En résumé, l'intelligence est toujours, ou presque toujours, altérée plus ou moins profondément. Il en est de même du côté de la mémoire, du sommeil et du caractère. Parfois la parole existe nette et précise; le plus ordinairement, elle est embarrassée ou perdue tout à fait, et cela quelquefois sans que les muscles de la langue soient paralysés.

Il n'est pas rare, surtout au début, de voir les enfants sujets

à des *céphalalgies*, à des sortes de migraines intermittentes, même avec des vomissements. Je dois cependant vous avouer que je n'ai jamais constaté ces migraines ou ces céphalalgies aussi fréquemment que les auteurs. Il se peut que chez les adultes le fait soit constant. Chez l'enfant, c'est juste le contraire. La céphalalgie ou les migraines s'observent, sans conteste, mais non dans le plus grand nombre de cas. Les parents accusent quelquefois des *mouvements fébriles* inexpliqués, de durée courte, de un à sept jours, qui apparaissent soit à la période initiale, soit à la période d'état ou finale.

Quelquefois on observe un véritable début de méningite, avec les cris, le strabisme, les vomissements, la fièvre, le tout constaté, suivi par un ou deux médecins, entouré conséquemment d'une sérieuse garantie d'authenticité. Puis, au bout de quinze jours, les symptômes s'amendant, la douleur de tête et la fièvre disparaissent, laissant après elles une paralysie plus ou moins complète de l'œil, de la face et de la moitié du corps. Je possède plusieurs faits, recueillis en cette clinique, où ce début et cette allure encéphalo-méningitique sont bien relevés, notamment dans deux observations prises en 1881 et 1882 chez deux fillettes à peu près du même âge, de 2 ans 1/2 environ.

A côté de ces poussées congestives et inflammatoires, il faut placer ces cas, encore nombreux, où le petit malade est atteint de paralysies disséminées et de convulsions, sans céphalalgie ni douleur apparente, ni mouvements congestifs ou fébriles d'aucune sorte.

Vous vous rendrez bien compte de cette diversité symptomatologique en vous rappelant l'inégale profondeur que peut affecter la lésion scléreuse plus ou moins méningitique ou voisine des méninges.

Même remarque du côté des sens. C'est ainsi que vous verrez quelquefois des enfants atteints de strabisme, de nystagmus, d'amblyopie, d'amaurose, de cécité, de surdité, pendant que d'autres, tout aussi frappés de paralysies et d'attaques

éclamptiques, jouiront des fonctions sensorielles. Cette diversité des symptômes dépend du siège de la sclérose.

A part les poussées congestives et les accès irréguliers de fièvre passagère et qu'on ne constate pas dans tous les cas, l'affection est apyrétique ; elle laisse au tube digestif l'intégrité de ses fonctions qui sont parfois exagérées. Il n'est point rare de voir ces sortes de malades gourmands et même voraces, gros et gras. Quelques-uns sont maigres, sujets aux diarrhées, et ne paraissent pas s'assimiler les substances qu'ils absorbent.

L'exposition des signes de la sclérose m'a conduit fréquemment à vous en relater la *marche*. Permettez-moi d'y revenir à grands traits et de vous dire un mot de la *terminaison* de cette inflammation cérébrale.

La sclérose, je vous l'ai prouvé, est parfois précédée d'irritation des centres nerveux, de phénomènes physiques, d'agitation musculaire qui s'établissent en permanence, et s'accompagnent de mouvements convulsifs et de convulsions.

D'autres fois, l'enfant scléreux est tourmenté depuis longtemps par de la céphalalgie, des poussées congestives qui se traduisent par de la chaleur à la tête et de la distension des vaisseaux veineux et capillaires. Il est moins nerveux que le précédent et plus franchement congestionné.

Dans des cas moins fréquents, une véritable méningo-encéphalite a ouvert la scène, s'est arrêtée dans son extension et a laissé des noyaux dans les centres excito-moteurs.

Enfin, dans des cas non moins nombreux, rien ne faisait prévoir l'invasion de cette inflammation qui, lentement, ou tout d'un coup, s'est caractérisée par des phénomènes paralytiques et convulsifs, accompagnés de troubles intellectuels.

D'une durée indéterminée, qui peut varier entre quelques mois et nombre d'années, la sclérose est toujours une maladie essentiellement chronique, présentant de temps à autre des symptômes d'excitation, indice, d'un retour du travail irritatif.

Ainsi, ce petit Henri, âgé de quatre ans, de la rue de Pon-

thieu, n° 7, qui vient à presque toutes nos cliniques, est un exemple à noter.

A l'âge de quinze mois, il est atteint d'une sorte d'inertie de tous les muscles du corps, à la suite de fortes et nombreuses convulsions, survenues coup sur coup. La physionomie paraissait normale, mais les convulsions se répétaient; elles amènent à vingt-trois mois des *contractures* qui existent sur les quatre membres, mais surtout sur ceux du *coté droit*. Pourtant la tête, la face, les yeux, les sens, l'intelligence semblaient intacts. La parole seule était embarrassée.

Quand il nous a été présenté en 1880, cet enfant, absolument impotent, incapable de se tenir sur ses deux pieds équins, avec les jambes croisées et contracturées, les bras pendants, roides, attirait toujours notre attention par son regard souriant et son air enjoué.

C'était un contraste avec le visage des autres scléreux ou moroses, ou distraits ou idiots.

Sa mère le trouvait aussi intelligent que les enfants de son âge. Pour nous, le fait n'était pas démontré. Il ne saisissait pas bien nos questions pourtant très nettes et très simples, et il y répondait mal. Mais enfin, pour en revenir au point qui nous occupe en ce moment, il ne souffrait jamais et de nulle part, et ne présentait, au dire de la mère, jamais ni chaleur, ni rougeur de la tête dont il ne se plaignait point, et cependant, après une série de petites convulsions, on constata l'extension de l'affaiblissement. Au début, les quatre membres étaient affaiblis; après l'âge de vingt-trois mois, la contracture survient à droite; à trois ans, le côté gauche devient de plus en plus faible, et aujourd'hui, à l'âge de quatre ans, l'enfant se plaint de temps à autre de douleur de tête, de fatigue; lui qui était si éveillé autrefois, devient à certains moments triste et pleurard; puis la parésie qui, jusqu'ici, n'avait envahi que les muscles des membres, se manifeste à l'heure actuelle sur les muscles de la face et de la langue. Donc, le processus irritatif renaît et la lésion se multiplie, par

intervalles plus ou moins irréguliers. Les fonctions digestives se troublent au moment des crises d'extension.

Je soigne des enfants âgés de 8, 9, 10 ans, et même des jeunes gens de 20 ans dont la sclérose remonte à leurs premières années. Ce qu'il y a même de particulier, c'est qu'on peut, par une hygiène bien comprise, un traitement approprié, *atténuer et éloigner les convulsions, diminuer les paralysies*, rendre les sujets moins excitables et contribuer à leur culture intellectuelle. Le cerveau, s'habituant à la lésion, celle-ci restant inerte, l'enfant demeure intellectuellement infirme, mais seulement par rapport à un certain nombre de facultés ou de fonctions nettement limitées, et même cet état a plus de tendance vers une amélioration momentanée que vers l'aggravation. Je ne m'appuie pas sur une statistique assez nombreuse pour essayer d'évaluer en chiffres la fréquence de ces cas passagèrement, relativement, heureux. Je dirai seulement qu'elle me paraît s'étendre au tiers de la totalité.

Toutefois, dans le reste des cas, c'est-à-dire les deux tiers, la lésion est progressive, la paralysie, les convulsions, les contractures s'accroissent, l'enfant, privé de toutes ses facultés, devient idiot et, après un temps plus ou moins long, succombe soit par l'asphysie convulsive, soit par une méningite ultime, soit dans une sorte de marasme dû à la déchéance vitale de tous les grands appareils.

Le sujet de notre autopsie a succombé à une série d'attaques éclamptiques subintrantes. J'ai vu des enfants amaigris au point de présenter des eschares au niveau du sacrum, des ischions et des trochanters. Chez une enfant de mon service, à la suite d'accidents méningitiques très manifestes (fièvre, cris, vomissements, strabisme, constipation opiniâtre, irrégularité de la respiration, perte de connaissance), j'ai suivi le développement et la guérison d'énormes eschares formées sur les fesses et la région anale. C'était une gangrène trophique, nullement due à la seule compression; nous avions pris des précautions spéciales à cet égard. A la constipation rebelle avait succédé une diarrhée fétide, très abondante, et que les

astringents ni les opiacés ne pouvaient arrêter. La peau, rougie au contact des liquides excrémentitiels, s'était d'abord ulcérée au pourtour de l'anus, puis, à une certaine distance, sur la région fessière non comprimée, l'enfant étant dans le décubitus latéral; la peau et le tissu cellulaire sous-jacents furent frappés de nécrobiose et s'éliminèrent après un mois de souffrances. L'enfant était alors guérie de ses accidents méningitiques, mais les deux membres inférieurs, restaient contracturés et douloureux.

Cette fillette nous a fait commettre deux erreurs de pronostic. Nous avons réellement annoncé que les phénomènes méningitiques indiquaient une prompte terminaison fatale.

Après les accidents cérébraux, les eschares trophiques nous ont fait porter le même pronostic à courte échéance; nouvelle erreur qui nous indique combien la sclérose cérébrale chez les enfants se montre sous des aspects variés, et comment elle est moins rapidement cruelle même dans ses complications les plus graves.

En voici un autre exemple très curieux, qui vient de se passer dans ma clientèle de ville :

Je viens de donner des soins à un de mes petits clients scléreux, hémiplégique, atteint d'irritation cérébrale et d'assez fréquentes convulsions autrefois, qui m'a donné les plus vives inquiétudes dans le cours d'une pleurésie grave dont il est guéri depuis peu. Je l'ai cru vingt fois perdu, soit par l'abondance de l'épanchement qui était à gauche, soit par une suppuration imminente, soit par la menace d'accidents cérébraux, et cependant il est aujourd'hui hors d'affaire et en villégiature à Arcachon. Je vous prie d'ajouter entière confiance à tous les faits que je vous relate. Je ne vous cite que des exemples vraiment indiscutables et nettement distincts de la paralysie infantile ou de l'épilepsie. Cette réflexion ne doit pas vous paraître hors de saison si vous vous rappelez les difficultés cliniques de certains *diagnostics de sclérose cérébrale.*

Permettez-moi précisément de vous en reproduire les caractères principaux et différentiels.

Les caractères principaux sont les paralysies disséminées, sans atrophie rapide, les attaques épileptiformes, nombreuses, sans cause connue ou à propos de causes les plus légères, et les troubles de l'intelligence et des sens. Si la paralysie s'accompagne de contracture de courte durée, il s'agit d'un processus irritatif de la sclérose; si la contracture vient tardivement et est permanente, il y a lieu de supposer une dégénération secondaire de la moelle.

La *paralysie spinale atrophique* ressemble à la paralysie scléreuse, mais, dans cette dernière, les convulsions qu'on observe quelquefois au début ne se reproduisent point ; et à la paralysie très nettement localisée dans les régions d'élection s'ajoute une atrophie rapide des parties atteintes avec refroidissement très appréciable. D'ailleurs, l'intelligence et les sens restent intacts.

L'éclampsie pure, si commune dans le bas âge, survient non pas sans cause connue, mais sous l'influence de l'indigestion (80 fois sur 100), et dans les autres cas, toujours sous l'influence d'une cause appréciable : le début des fièvres, d'une pneumonie, d'une phlegmasie aiguë, de l'albuminurie, de la douleur, de la chaleur et des froids excessifs, etc., etc.; en un mot, dans des conditions déterminées. Les attaques ne laissent ordinairement point de traces de leur passage; ni paralysie permanente, ni troubles intellectuels ou sensoriels. Très exceptionnellement quand elles sont trop fortes ou trop rapprochées, elles déterminent de petites hémorrhagies capillaires dans l'écorce du cerveau, et par là des paralysies secondaires et plus rarement encore des troubles cérébraux, dont l'existence se relie à la cause originelle. Ces hémorrhagies capillaires peuvent engendrer la sclérose. Il y a lieu de se demander si, dans ces derniers cas, la lésion ne précède pas les attaques, s'il ne s'agit pas quelquefois de sclérose à marche insidieuse. Question à se poser au lit du malade, mais difficile à résoudre.

Dans la sclérose, au contraire, phénomènes paralytiques constants, attaques épileptiformes nombreuses, générales ou Jacksonniennes, revenant à tout propos, rarement éloignées,

si ce n'est à une période d'état où le diagnostic est aisé à porter; et enfin, troubles de l'intelligence qui est excitée ou déprimée, limitée ou pervertie.

L'épilepsie, par ses attaques et la dépression morale, ressemble à la sclérose; mais elle s'en distingue par l'absence de paralysie permanente. On peut constater, après les attaques fortes et répétées, des parésies passagères des muscles, des membres, mais point de paralysie persistante. Les attaques (grand mal ou petit mal) sont identiques dans leurs périodes d'aura, de tonicité, de clonicité et de stertor, mais elles sont distinctes dans leur rhythme, dans leur ordre de succession. La *névrose épileptique*, qui ne prend, d'ailleurs, droit de domicile qu'à partir de l'âge de 4 à 5 ans, beaucoup plus tard que la sclérose des enfants (celle-ci peut se développer depuis les premiers mois jusque vers l'âge de 2 à 3 ans), l'épilepsie vraie, dis-je, a de la tendance à adopter une certaine modalité dans le retour de ses attaques, qui reviennent, d'une manière générale, de préférence à certaines époques, tous les mois, tous les quinze jours.

Dans la sclérose, le retour des attaques est toujours irrégulier. Elles sont nombreuses, surtout à la période irritative, et se succèdent à des intervalles rapprochés. Souvent 2 à 3 grandes attaques par jour et de 10 à 15 petites dans l'intervalle et dans la même journée. Il n'y a rien de fixe à cet égard. Pourtant, quand cette succession existe, elle entre comme élément important dans le diagnostic différentiel.

L'irritation cérébrale peut accompagner, précéder l'invasion de la sclérose, ou exister seule, sans lésion aucune. Dans les deux cas, elle conserve ses caractères de suractivité motrice et cérébrale avec l'inconscience de ses mouvements, avec ses actes impulsifs et déraisonnables. Elle se sépare absolument de la sclérose par la symptomatologie. N'ayant point de lésion, elle ne provoque ni paralysie permanente, ni attaques répétées. Prenez-la au début de la sclérose, étudiez-la à la période initiale, alors qu'elle peut encore rétrocéder et guérir, et vous ne constaterez ni paralysie, ni attaques inévitables. Les sujets ir-

rités sont, il est vrai, plus accessibles aux attaques éclamptiques, mais avec une cause intercurrente, et sans jamais conserver même les vestiges d'une lésion.

En résumé, il y a pour moi une distinction capitale à établir entre le tempérament nerveux, l'irritation cérébrale et la sclérose du cerveau, qui se succèdent parfois chez le même petit sujet.

L'enfant nerveux ne donne des preuves de *son tempérament* qu'à certains moments, quand l'excitabilité de ses nerfs et de ses sens ou de son cerveau est provoquée par une cause accidentelle. Les cris, les accès de rage, les réactions passagères prennent des proportions hors de saison.

Chez l'enfant atteint d'*irritation cérébrale*, l'excitation psychique, musculaire ou sensorielle est constante, sans direction, sans pondération. Mais, le cerveau et les centres nerveux n'étant pas lésés, les muscles conservent leur intégrité fonctionnelle.

Les nerveux et les irrités sont sujets à des attaques éclamptiques, non point rapprochées, laissant quelquefois après elles une résolution de courte durée, mais ordinairement pas de paralysies vraies, durables.

Du moment où les paralysies se manifestent et les attaques se reproduisent à tout propos, vous pouvez en conclure que l'état scléreux s'est établi.

Les tumeurs cérébrales, *tuberculeuses*, *syphilitiques*, *les abcès*, *les enfoncements des os*, *les épanchements traumatiques* déterminent des phénomènes éclamptiques, des paralysies, des troubles intellectuels et sensoriels, souvent identiques à ceux de la sclérose.

C'est par les commémoratifs, l'histoire de la maladie et l'état actuel, sain ou morbide, de tous les organes, qu'on arrive à établir les bases de ce diagnostic, souvent fort difficile.

La phthisie du poumon, des glandes, du péritoine, des os, permet de rapporter la céphalalgie, la paralysie et les attaques à des *tubercules* de l'encéphale.

Chez un sujet manifestement arrivé à une période avancée

d'une *syphilis* héréditaire ou acquise, les mêmes symptômes seront attribués à des *gommes* ou à des *exostoses internes*.

Un *traumatisme* violent, la dépression des os du crâne, feront supposer une compression par la table interne ou par du sang extravasé, et la fièvre donnera l'idée d'une méningite localisée ou d'un abcès, si elle est intense, et les douleurs nettement limitées.

L'*hydrencéphalie* et la *micrencéphalie* sautent aux yeux. On les voit souvent associées à la sclérose cérébrale.

Quant à l'*hypertrophie du cerveau*, souvent compliquée de sclérose, le diagnostic en est impossible.

Les *kystes* sont absolument dans le même cas. On peut alors supposer une lésion limitée, mais d'une nature qu'on ne peut préciser ni affirmer.

Un mot sur le *pronostic*. Il semble superflu de s'y arrêter quand il doit porter sur une lésion des centres nerveux n'ayant point de tendance à la résolution et aboutissant à l'atrophie des parties atteintes. C'est une erreur.

La sclérose cérébrale est incurable, mais la vie n'est pas incompatible avec cette hyperplasie, qui a pour caractère de se disposer en noyaux, disséminés, plus superficiels que profonds, et souvent très petits. Cette inflammation encéphalique ne se généralise point comme elle peut le faire quand elle porte sur la trame celluleuse du foie ou de la rate.

Bien plus, il n'est pas rare, chez les enfants, de voir les symptômes s'amender ou rester stationnaires. Je ne possède pas un assez grand nombre de scléroses chez les enfants pour donner une statistique importante.

Cette amélioration peut persister pendant des années. Les attaques épileptiformes s'éloignent, l'intelligence, loin de s'amoindrir, s'étend, progresse dans une certaine proportion et la paralysie diminue.

Cependant de nouvelles poussées congestives, un nouveau processus finissent toujours par se reproduire, et les phénomènes paralytiques, les attaques et les troubles intellectuels s'accentuent de nouveau. Le scléreux tombe alors dans l'im-

potence absolue, l'idiotie, la misère physiologique la plus complète, ou bien éclate une méningite secondaire qui emporte le malade en cinq à huit jours. Cette méningite secondaire marche bien plus rapidement que la méningite granuleuse.

En résumé la terminaison de la sclérose est fatale: dans plus de la moitié des cas, elle conduit lentement à la déchéance vitale et à la mort; dans l'autre moitié, à peu près, elle laisse vivre des années, dix ans, vingt ans et plus. C'est assez vous faire prévoir que le *traitement* ne doit pas être indifférent. Il existe d'ailleurs une période prodromique contre laquelle vous possédez une réelle action. Je vous ai démontré qu'une des premières périodes de la sclérose pouvait être la congestion et l'irritation cérébrale, qu'il existait souvent au début de véritables poussées congestives, et que ces deux états précurseurs pouvaient être enrayés par le traitement bromuré aidé de quelques précautions hygiéniques.Je vous renvoie à cet égard à mes leçons sur la congestion et sur l'irritation cérébrale.

Si, malgré cette médication quelquefois efficace, la sclérose prend droit de domicile, quelle conduite devez-vous tenir? Puisqu'il s'agit d'une lésion incurable, me direz-vous, que voulez-vous faire d'utile?

Ma réponse est simple. Je ne puis avoir la prétention d'instituer un traitement résolutif de la sclérose; mon but se réduit à remplir surtout deux indications pendantes: 1° atténuer les troubles nerveux, les attaques qui résultent des points scléreux; 2° éviter toute médication, si séduisante qu'elle soit, dont l'expérience m'a démontré les inconvénients.

Contre les troubles nerveux, excitations, insomnies, attaques épileptiformes, il faut donner du bromure de potassium ou le poly-bromure d'Yvon, à dose massive et progressive, de façon à atteindre les effets physiologiques des bromures, puis diminuer graduellement les doses, suspendre le remède pendant un laps de temps qui variera suivant les cas entre quatre, huit à quinze jours, et l'administrer de nouveau de la même manière.

Il m'arrive souvent aussi d'associer, pendant quelques jours,

le bromure et l'iodure de potassium, ou de donner l'iodure de potassium seul. Je prescris encore le mercure et l'arsenic à titre d'essai, espérant toujours qu'un de ces puissants agents pourra me rendre dans des cas exceptionnels des services inespérés.

J'ajoute à la médication bromurée progressive, qui fait en somme la base du traitement de la sclérose, des bains tièdes de valériane et des purgatifs légers, de préférence le calomel.

Je conseille, en outre, l'isolement, les exercices modérés, et l'éloignement de toutes les causes d'excitation physique et morale. Aussi, bien que les membres soient atteints de parésie, de paralysie, et quelquefois de contracture, je répudie l'électricité, même à courants continus, qui me semble réveiller la susceptibilité nerveuse, et quelquefois même provoquer le retour des attaques éclamptiques. J'ai souvent fait cette expérience et j'ai, presque dans tous les cas, observé des phénomènes d'excitation qui dépassaient le but.

Les frictions stimulantes, les massages trop violents, l'hydrothérapie froide entrent dans les médications, indiquées de prime abord, mais que je ne puis vous prôner ici. Elles ne rendent guère de services avérés, et elles amènent des perturbations nerveuses qui aggravent la situation du petit scléreux.

Dans le même ordre d'idées, j'ai complètement abandonné les révulsifs cutanés douloureux, vésicatoires, crayon Limousin à l'huile de croton, qui provoquaient des actions réflexes à chaque nouvelle application. Vous me voyez quelquefois y avoir recours avec précaution, avec ménagement, tant je ressens le besoin d'agir et tant j'éprouve le regret de constater notre impuissance; mais vous remarquerez que c'est là une espèce de concession temporaire : dès que l'excitation reparaît, j'abandonne définitivement ce moyen d'action.

Il me semble inutile d'insister auprès de vous sur l'importance d'un régime doux, dont sont exclus le thé, le café, le vin pur, et généralement tous les excitants : salaisons, épices en excès, etc., etc.; vous ne devez pas omettre cette recommandation auprès des parents. — La belle saison arrivée, on ne

manquera point de vous demander de conduire l'enfant affaibli, paralysé, aux bains de mer. La famille a pris ses dispositions, elle va s'y rendre, elle connaît l'influence des bains de mer sur les paralysies infantiles; n'abandonnez point votre rôle, et ne consentez ni aux bains de mer, ni au séjour au bord de la mer. Le petit scléreux en éprouverait les plus sérieux inconvénients. La congestion, l'irritation cérébrale reviendraient de plus belle, et les attaques, loin de s'éloigner, se multiplieraient sans amélioration bien entendu de la paralysie qu'on voulait surtout combattre. Les bains de mer sont donc formellement contre-indiqués dans la sclérose.

Les seules stations qui pourraient peut-être rendre quelques services sont Néris et Bigorre, toutes deux calmantes, et ne présentant, en définitive, aucun danger dans leur administration.

CYSTITE CANTHARIDIENNE

A LA SUITE DU PANSEMENT D'UN VÉSICATOIRE PERMANENT.

Observations recueillies par le **Dr Léon Blondeau.**

Les accidents de cystite cantharidienne survenant pendant l'application d'un vésicatoire volant sont trop connus pour qu'il ne soit pas banal d'en parler. Il n'en est peut-être point de même de ceux qui font l'objet de cette note, accidents pourtant de même ordre, de même nature que les premiers, mais, en raison des circonstances où ils se produisent, ayant pu être et pouvant être encore, momentanément du moins, méconnus.

En voici deux exemples, que je retrouve dans mon cahier d'*observations*, recueillies à l'hôpital de l'Enfant-Jésus, dans le service de M. Paul Guersant, dont j'étais alors l'interne :

Obs. I. — Dans le courant de l'année 1847, on amenait à la consultation de chirurgie de l'hôpital de la rue de Sèvres un jeune garçon

de 8 ans 1/2 souffrant, depuis trois mois, d'une affection des voies urinaires, dont les apparences avaient fait soupçonner l'existence d'un calcul vésical.

Après la guérison, jugée peut-être trop rapide, d'une ophthalmie et de gourmes de la face, on avait appliqué au bras droit de cet enfant, bien que sa santé générale fût parfaite, un vésicatoire dont on entretenait la suppuration par des pansements avec la pommade épispastique. Depuis lors, cet enfant éprouvait, surtout lorsqu'il urinait, des douleurs dans la région de la vessie, douleurs violentes, qui le faisaient trépigner en poussant les hauts cris, et telles, que ses joues se couvraient d'une pâleur mortelle et de sueurs froides. Les envies d'uriner fréquentes étaient le plus souvent infructueuses, ou n'avaient pour résultat qu'une émission très peu abondante de liquide.

En notre présence, le petit malade fut pris d'une de ces crises pendant laquelle il se plaignait de picotements des plus pénibles à l'extrémité de la verge, qu'il tiraillait machinalement comme pour aider son envie de pisser ; l'urine s'écoulait par intermittences, s'arrêtant brusquement, pour repartir de même. Recueillie dans un vase, cette urine était louche et contenait des concrétions blanchâtres, ayant l'aspect de l'albumine de l'œuf non coagulée, mais on n'y trouvait aucune trace de sang.

Bien que, de suite, il fût porté à mettre ces accidents sur le compte du vésicatoire, Guersant commença, cependant, par s'assurer de l'existence ou de l'absence d'une pierre dans la vessie. Le cathétérisme ayant paru lui démontrer, à ce premier examen, qu'on n'avait affaire à rien de semblable, il retint l'enfant à l'hôpital, de façon à ce qu'il fût surveillé de près et soumis à un traitement régulier, ayant pour but de le débarrasser de son exutoire dont l'état était pitoyable. La plaie qu'il formait s'était, en effet, étendue à presque toute la moitié inférieure du bras. Couverte de bourgeons saillants, d'une dureté et d'une épaisseur considérable, d'un rouge vif, la surface que cette plaie occupait avait un aspect qu'on ne pouvait mieux comparer qu'à celui d'une énorme framboise.

Immédiatement, bien entendu, on cessa l'usage de la pommade épispastique et on y substitua des applications de poudre d'alun calciné. Cinq ou six jours après, la plaie s'étant déjà notamment modifiée, les bourgeons étant réprimés, on toucha avec le crayon de nitrate d'argent ceux qui résistaient encore.

Sous l'influence de ce traitement tout local, ces accidents qui dé-

pendaient évidemment du traitemznt antérieur auquel l'enfant avait été tenu pendant longtemps, ces accidents se calmèrent. La miction se régularisa promptement, les douleurs cessèrent, les urines reprirent leurs caractères en tout point normaux, aussi bien que leur facile issue, et, sans être resté une semaine entière à l'hôpital, l'enfant en sortit complètement rétabli.

Obs. II. — A la fin de la même année, un autre jeune garçon de 11 ans, entré au même hôpital pour une conjonctivite palpébrale, de nature strumeuse, et placé dans un service de médecine, fut transporté dans les salles de Paul Guersant, en raison de ce que les accidents, dont il était surtout affecté, semblaient relever de la chirurgie.

Le jour de son arrivée, on s'était aperçu qu'il avait de la difficulté pour uriner, accompagnée de douleurs vives, qui le faisaient trépigner, pousser des cris et tirailler sa verge, dans l'espérance de se soulager : l'urine ne s'écoulait d'ailleurs que par intermittences et en très petite quantité. On avait, comme pour le premier enfant, cru à une affection calculeuse.

Avant tout autre examen, Guersant chercha si un vésicatoire à demeure ne pourrait pas être la cause du mal. L'enfant en avait un, en effet, au bras droit, dont le mauvais aspect indiquait qu'il avait été soigné incorrectement. Sans aller plus loin, on institua un traitement méthodique, de façon à obtenir une prompte cicatrisation de la plaie, jusqu'alors entretenue avec la pommade épispastique. A partir da ce moment, les troubles de la miction diminuèrent, puis sa fonction se régularisa. Quatre ou cinq jours suffirent pour que la guérison fût complète et que l'enfant fût rendu à sa famille.

Assurément, ces faits n'ont rien d'extraordinaire. Ils me paraissent cependant présenter un certain intérêt.

Bien qu'il s'agisse uniquement de cystite cantharidienne, cette cystite cantharidienne est survenue dans des conditions très différentes de celles que nous voyons habituellement. Ce n'est plus à l'occasion de l'application d'un vésicatoire, auquel cas la maladie est aussi passagère que la cause qui l'a produite ; c'est sous l'influence de cette même cause (la pommade épispastique, qu'elle soit verte, qu'elle soit jaune, ayant tou-

jours pour base la poudre de cantharide comme l'emplâtre vésicant le plus communément employé), c'est sous l'influence de cette même cause, sans cesse répétée dans les pansements quotidiens, que les accidents, tout aigus qu'ils aient été, ont revêtu, en apparence, le caractère de la chronicité, en même temps que leurs allures ont pu en imposer et faire croire à une affection de tout autre nature.

REDRESSEMENT MANUEL

DANS LES DÉVIATIONS RACHITIQUES DU MEMBRE INFÉRIEUR.

Observations prises à l'hôpital des Enfants-Malades, dans le service de M. le Dr DE SAINT-GERMAIN.

Par MM. Vallin et Monnier, internes du service.

Une opinion, qui a reçu l'approbation de la section de pédiatrie dans le dernier congrès médical international de Londres, tend à s'établir de plus en plus : c'est que si l'on traitait dès les premières années de la vie les déviations rachitiques du membre inférieur chez les enfants (le *genu valgum infantum, rachiticum* de Hueter), on serait dispensé plus tard de recourir aux opérations, comme l'ostéoclasie et l'ostéotomie.

Cette opinion est diamétralement opposée à la conduite suivie par le plus grand nombre des praticiens à l'égard de ces déviations. Quelques-uns consentent à peine à leur reconnaître une origine rachitique et les considèrent comme si peu importantes qu'ils ne les soumettent à aucun traitement, pas même à un traitement orthopédique; ils attendent un redressement spontané, dû à l'action musculaire et à la consolidation progressive du squelette; d'autres renvoient les enfants déviés au fabricant d'appareils, qui applique, invariablement, un appareil à tuteur. Il faut avouer même que, grâce à la bénignité habituelle du rachitisme dans nos populations, les résultats de cette conduite ne sont pas aussi mauvais qu'iis pourraient l'être. Les cagneux et les bancals ne manquent pas

parmi nous, mais cette déformation atteint rarement un degré suffisamment prononcé pour motiver l'exemption du service militaire. On ne peut pas dire non plus que le port seul des appareils n'est pas un moyen assez sérieux de traitement des déviations rachitiques ; les registres de la consultation d'orthopédie du bureau central, au parvis, témoignent, en effet, d'améliorations très réelles obtenues par le port des appareils sur des rachitiques confirmés et pour des déviations considérables. Y a-t-il donc lieu de tenir compte de l'opinion mentionnée en commençant qui se présente avec l'apparence d'un progrès ; faut-il, au contraire, s'en tenir à l'abstention ordinairement pratiquée ; faut-il se borner à l'application des appareils orthopédiques ? Ce sont là des questions qui méritent un sérieux examen.

D'abord, il ne paraît pas douteux que les déviations du membre inférieur, souvent très importantes dès la première année de la vie, appartiennent réellement au rachitisme. Sans parler des cas où cette étiologie a été rendue évidente, soit par des troubles gastro-intestinaux, soit par l'apparition d'autres déformations rachitiques ou par des marques flagrantes de rachitisme, empreintes sur d'autres enfants issus des mêmes auteurs, il y a une expérience facile à faire sans le moindre danger pour l'enfant, après laquelle il n'est plus possible d'ignorer la présence du rachitisme, à la période du ramollissement. Chez l'enfant rachitique, les os cèdent à la pression fût-elle, relativement, modérée, tandis que, chez un enfant du même âge non rachitique, les os résistent aux pressions les plus énergiques. M. de Saint-Germain a obtenu facilement un redressement très notable et durable chez des enfants amenés à la consultation de chirurgie de l'hôpital des Enfants-Malades ; chez une petite fille de 8 mois, affectée d'une déviation latérale des deux tibias, mesurant 8 centimètres entre les deux crêtes, ce redressement a été complet et s'est maintenu, tandis que les efforts les plus vigoureux, appliqués par lui aux os de petits sujets non rachitiques, à l'amphithéâtre, n'ont pu amener le moindre changement de leur forme. La docilité

de l'os à suivre la direction qu'on lui imprime paraît donc être une preuve suffisante de l'origine rachitique des déviations du membre inférieur, chez les petits enfants, alors même que cette étiologie n'est pas appuyée sur d'autres faits.

En quoi consistera donc le traitement des déviations rachitiques chez les enfants du premier âge, traitement *abortif*, s'il en fut? Ce traitement comprend des soins hygiéniques et médicaux aussi bien que des manipulations qui relèvent de la chirurgie infantile.

D'abord, il est évident que si les symptômes de déviation ont été liés à des troubles dans l'allaitement d'un nourrisson, troubles auxquels il est si naturel de considérer ces symptômes comme étroitement liés, par le rapport de cause à effet, il faudra s'efforcer de rétablir le régime sur une meilleure base. La petite fille de 8 mois citée plus haut, appartenant à la clientèle de ville, après avoir été allaitée au sein maternel jusqu'à l'âge de trois mois, avait été brusquement sevrée et les symptômes de rachitisme du membre inférieur commencèrent à se montrer, à partir du cinquième mois, après avoir été précédés par une gastro-entérite d'un caractère très intense. Une bonne nourrice fut rendue à l'enfant quelque temps avant les manipulations qui l'ont complètement redressée et cette précaution peut être considérée comme la meilleure préparation à l'intervention chirurgicale. Une précaution très importante à prendre, c'est d'empêcher qu'on ne fasse marcher trop tôt, ni marcher jusqu'à la fatigue, un enfant déformé du membre inférieur, pendant la première année de son existence. On sait quel rôle important joue la station debout comme facteur de ces déformations. Aussi, doit-on considérer comme une condition relativement favorable, l'apparition de la déviation, avant que l'enfant soit près de commencer à marcher. La position couchée que lui impose son âge est la plus convenable qu'on puisse lui donner pour le guérir; or, étant donné le désir bien naturel qu'ont les parents de voir leur progéniture donner signe de force en marchant le plus tôt possible, on n'est jamais si sûr de la bonne exécution des pres-

criptions, par rapport à la position couchée, que quand l'enfant est matériellement incapable de se tenir sur ses pieds. On fera donc marcher le plus tard possible les enfants ainsi déformés ; on défendra aux personnes qui en ont soin de jamais les mettre sur leurs pieds, même en les soutenant. La meilleure posture qui leur convienne, c'est d'être couchés sur un lit, ou mieux sur un tapis. On évitera de les porter sur le bras, surtout assis, ce qui leur serait d'ailleurs difficile, en raison de l'appareil à tuteur qu'on leur fait porter et qu'on aura garde de laisser s'articuler au genou, dans les premiers temps.

L'appareil à tuteur, qui a par lui-même une sérieuse valeur, est, en effet, indispensable pour assurer le résultat des manipulations qui vont constituer la partie la plus active, la plus chirurgicale du traitement du *genu valgum infantum*, à la période de ramollissement. Ce n'est pas à dire qu'on doive le considérer comme emportant pour lui seul l'honneur de la cure. En comparant les résultats les plus notables enregistrés à la consultation d'orthopédie du parvis, au compte des seuls appareils, avec les résultats obtenus par les manipulations combinées avec le port ultérieur des appareils, il n'est pas possible de conserver de doute sur ce point important. Le port des appareils seuls n'amène jamais qu'une palliation quelquefois sérieuse, quelquefois à peu près insignifiante, tandis que les manipulations donnent, dans un grand nombre de cas, un redressement complet; dans les autres, un redressement très notable, que le port des appareils confirme, en soustrayant, dans une forte mesure, le membre intérieur à l'action du poids du corps.

Avant de décrire les manipulations applicables à la cure du *genu valgum infantum* et des autres déviations rachitiques du membre inférieur, au commencement du premier âge, il ne serait pas mal de faire justice de l'erreur qui consisterait à considérer cette méthode comme une innovation. De tous emps, les os d'un très jeune enfant, ramollis par le rachi-

tisme, ont paru exclusivement justiciables du redressement lent, du redressement graduel.

Andry, médecin de Lyon, pendant le XVII[e] siècle, redressait le genu valgum des petits enfants en appliquant une attelle rembourrée à la face externe du membre ; le trochanter et la malléole servant de point d'appui, le membre ainsi que le genou étaient attirés vers l'attelle par des tours de bande.

La méthode de Little consiste à mettre les enfants couchés sur le dos, les membres inférieurs étendus, en plaçant entre les genoux un petit coussin (remplacé par une espèce de coin, par Wagner), tandis qu'on cherche, au moyen d'un lacs quelconque, à rapprocher les pieds. Ces procédés ne sont qu'analogues aux manipulations, mais les manipulations elles-mêmes ont été employées par Mellet. Ce dernier a préconisé l'emploi de petites attelles simples en bois ou de lames métalliques, mises en place par le chirurgien lui-même, après des *manipulations* appropriées à la forme, à l'amplitude de la courbure, au degré de résistance de l'os dévié.

Une autre erreur consisterait à opposer le redressement manuel chez le petit enfant aux procédés de redressement brusque, comme l'ostéoclasie et l'ostéotomie. C'est tout simplement une question d'indication. Ici, le redressement manuel est possible et, par conséquent, suffit. Là, l'ostéoclasie ou l'ostéotomie est imposée au chirurgien par la nécessité d'appliquer une force supérieure ou de la remplacer par une opération après laquelle la division et la direction de l'os dévié deviennent possibles.

Cela est si vrai qu'aucun des chirurgiens qui ont pratiqué largement, depuis quelques années, l'ostéoclasie et l'ostéotomie, Billroth, Macewen, Mikulicz, ne méconnaît l'importance des services que peut rendre le redressement manuel chez les tout petits enfants. Jamais il ne leur est venu à l'idée d'appliquer l'ostéoclasie ou l'ostéotomie là où le redressement manuel pouvait suffire, et tous sont unanimes à reconnaître que, si le redressement manuel était appliqué plus souvent, au début de la période de ramollissement, il y aurait beaucoup

moins de redressements brusques à faire par la suite. En poussant cette vue beaucoup plus loin qu'elle n'est peut être appelée à aller dans la pratique, on peut dire que le redressement manuel *ab ovo* tendrait à devenir, dans un temps donné, la seule opération, parce qu'elle rendrait les autres inutiles.

En quoi consistent donc les manipulations applicables à ce redressement ?

Elles sont déterminées par la forme, l'amplitude des courbures. Elles sont ce qu'elles doivent être de la part d'un chirurgien judicieux, qui connaît la région sur laquelle il opère, qui sait ce qu'il importe de ménager et les points sur lesquels un maximum d'effet peut être obtenu par une force relativement modérée. Ainsi, il est important que l'articulation du genou soit empoignée par l'une des mains de l'opérateur, non pour s'en faire un point d'appui, mais pour la protéger. Il est évident que, dans le *genu valgum*, l'effet utile doit être cherché vers le point de jonction de la diaphyse avec l'épiphyse. Quant à la somme de force à déployer, il y a là une question de tact. Il faut dire pourtant que, dans un grand nombre de cas, l'os cède si manifestement, si visiblement à une pression d'intensité moyenne, qu'on ne se sent pas inquiet, ni entraîné a dépasser le but. Il y a, d'ailleurs, peu d'inconvénient à le dépasser. Tout membre qui aura résisté à une force moyennement intense devenant ainsi justiciable d'un redressement brusque, une fracture produite dans ces conditions deviendrait un élément de succès, tout en restant une lésion facilement réparable, étant donnée la facilité avec laquelle les fractures se guérissent chez les enfants.

Le redressement se fera sous le chloroforme, aussi loin qu'on pourra aller en une séance. Une seconde séance pourra être nécessaire, et il sera moins utile de chloroformer l'enfant. Aussitôt après le redressement et la mensuration destinée à constater l'étendue du résultat, une attelle coussinée sera appliquée du côté vers lequel se tournait la concavité de la courbure et fixée en place par une bande roulée. Cet appareil sera levé deux à trois fois par semaine, pour vérifier l'état des par-

ties, qu'il faudrait se hâter de mettre en liberté dans le cas d'attrition des tissus. Le membre une fois mis à nu, le chirurgien fera bien d'exercer des pressions modérées dans le sens des premières pour en confirmer le résultat ; il fera bien aussi de masser, de frictionner légèrement les membres en traitement pour combattre les effets de la déligation et empêcher l'atrophie.

Lorsque le résultat paraîtra confirmé, après quinze jours ou trois semaines, les jambes de l'enfant seront laissées libres pendant le temps nécessaire à la confection de l'appareil à tuteur, lequel temps pourra être encore utilisé pour l'observation de la valeur des résultats. Si une fracture s'était produite, un appareil plâtré, léger, remplacerait la bande et l'attelle. Il faudrait seulement avoir soin de lever cet appareil et de le remplacer par un autre, si l'on apercevait, au pourtour, de la rougeur ou d'autres signes suspects.

Obs. I. — *Genu valgum de la jambe gauche. Redressement manuel* (P. Vallin). — Le jeudi 22 novembre 1883, est amenée, dans la salle Sainte-Pauline, la nommée Lepreux (Jeanne), âgée de 17 mois, atteinte de genu valgum du côté gauche.

Flèche, 4 centimètres.

Pendant le sommeil anesthésique, M. de Saint-Germain saisissant, d'une part, la partie moyenne du fémur, d'autre part, l'extrémité inférieure du même os, immédiatement au-dessus de l'articulation, pratique des manipulations. Après quelques légères tentatives, M. de Saint-Germain éprouve nettement la sensation d'une sorte d'affaissement. En un mot, il a la sensation de l'os qui cède, en même temps que le redressement s'effectue d'une façon complète.

Flèche, 1 cent. 1/4.

Attelle et coussin externes.

24 novembre. La bonne direction du membre s'est maintenue. L'enfant est envoyée au Parvis pour y recevoir un appareil à tuteur.

Obs. II. — *Courbure rachitique des deux tibias. Redressement manuel* (P. Vallin). — Le 22 novembre est examinée, salle Sainte-Pauline, la nommée Angèle Moyat, âgée de 2 ans.

Cette enfant présente une déviation rachitique des os de la jambe.

La courbure, antéro-postérieure et latérale, à convexité externe, est surtout accusée du côté gauche.

L'intervalle compris entre les deux crêtes tibiales est de 5 cent. 3/4, la crête tibiale du côté droit présentant une courbure assez peu différente de la normale.

Après quelques manipulations pendant le sommeil anesthésique, M. de Saint-Germain vient facilement à bout de la déviation latérale. L'intervalle compris entre les deux crêtes tibiales n'est plus que de 3 cent. 1/2.

Il n'en est pas de même de la courbure antéro-postérieure, qui est peu modifiée.

Coussins et attelles externes.

24 novembre. Après quelques manipulations nouvelles, les coussins et attelles sont replacés.

L'enfant est dirigée vers le Parvis pour avoir des appareils à tuteur.

Obs. III. — *Incurvation rachitique des tibias. Redressement manuel* (P. Vallin). — Le 3 décembre 1883, la nommée Andrée Morelle, âgée de 10 mois, est présentée à l'hôpital des Enfants-Malades, consultation de M. de Saint-Germain.

Enfant grosse et boulotte, dont la santé paraît exubérante, ne présentant d'autres traces de rachitisme qu'une incurvation très accentuée des deux tibias. Les jambes sont en parenthèse, et la distance des deux crêtes tibiales est de 4 cent. 1/2.

L'incurvation est surtout accentuée du côté gauche. De ce côté, d'ailleurs, la déviation est plutôt antéro-postérieure que latérale, et le sommet de la courbe décrite par le tibia est dirigé en avant et en dehors, ce qui fait que la mensuration de l'intervalle compris entre les deux crêtes tibiales donne une idée fausse du degré de déviation.

L'enfant est chloroformée et, à la suite d'une première manipulation, opérée par M. de Saint-Germain, le redressement est presque parfait.

La bonne position du membre est assurée par un coussin de ouate et une attelle, appliqués à la face externe du membre.

5 décembre. L'enfant est ramenée le 5 décembre. La bonne direction des deux membres est conservée.

Les coussins et attelles sont réappliqués.

Le 6. Une bande de flanelle ayant été roulée autour du pied et de la jambe, on roule par-dessus une bande plâtrée du modèle de celles dont on use pour le corset de Sayre. Ainsi est confectionnée une sorte de botte inamovible qui assurera le maintien du redressement.

Obs. IV. — *Genu valgum du côté droit. Essai de redressement manuel. Fracture du fémur au tiers inférieur* (P. Vallin), — La nommée Pauline Bolant est présentée, le 6 décembre, à la consultation de M. de Saint-Germain, hôpital des Enfants-Malades.

Cette enfant, âgée de 21 mois, est atteinte de genu valgum du côté droit. La saillie, en dedans du genou, paraît due surtout au fémur, et le tibia ne semble guère concourir à la déviation.

Flèche, 4 cent. 3/4.

L'enfant étant anesthésiée, M. de Saint-Germain essaie, par des manipulations (dans lesquelles il est obligé de déployer toute sa force), de redresser le membre. Aucune correction n'est obtenue. Enfin, à la suite d'un dernier effort, un craquement se fait entendre, et le fémur cède en son tiers inférieur.

Un coussin et une attelle sont placés sur le côté externe du membre pour maintenir la fracture.

7 décembre. L'enfant est ramené. Pas de réaction ; pas de douleur ; pas de gonflement.

Application d'une bande de flanelle emprisonnant le pied, la jambe et la cuisse.

Par-dessus sont enroulées des bandes plâtrées qui immobilisent le membre.

Le 15. On revoit l'enfant aujourd'hui.

L'enfant ne se plaint de rien.

L'appareil est en bon état.

Obs. V.— *Incurvation rachitique des tibias. Redressement manuel* (L. Monnier). — Le nommé J... (Michel), âgé de 19 mois, est apporté, le 20 novembre 1883, à l'hôpital des Enfants.

C'est un garçon vigoureux, mais qui, par suite du rachitisme dont il est atteint, n'a marché qu'à 15 mois.

Actuellement, il présente une incurvation des deux tibias, incurvation à convexité externe. Les fémurs sont un peu courbés eux-mêmes dans le même sens.

L'écartement maximum, c'est-à-dire au tiers moyen, égale 92 millimètres.

L'enfant est chloroformé, et M. de Saint-Germain le redresse par de simples pressions manuelles.

L'écartement est réduit à 55 millimètres.

Un coussin d'ouate et une attelle sont appliqués à la face externe des deux jambes.

22 novembre. L'enfant n'a pas souffert.

L'écartement mesure 6 centimètres.

On réapplique l'appareil.

Le 27. L'écartement de 6 centimètres persiste. En somme, les jambes ont une direction normale.

L'enfant est envoyé au bureau central, afin qu'on lui applique deux appareils à tuteur.

OBS. VI. — *Déviation rachitique des tibias. Redressement manuel* (L. MONNIER). — Le nommé C.., (Henri), âgé de 15 mois, est présenté à la consultation de l'hôpital des Enfants, le 8 décembre 1883.

C'est un bel enfant, qui a marché à 1 an. Dans les derniers jours de novembre, il est tombé de sa hauteur et, depuis lors, la marche est devenue très difficile; toutefois, on ne trouve aucune mobilité anomale dans le tiers moyen du tibia gauche, qui est le siège d'un peu d'empâtement et de douleur.

Les deux tibias présentent une courbure à convexité externe.

L'écartement maximum est de 8 centimètres.

Le 8 décembre. Redressement manuel, puis application de l'appareil habituel (coussin et attelle externes).

Le 10. L'écartement n'est plus que de 5 cent. 1/2; de nouvelles manipulations le ramènent à 4 cent. 1/2.

L'enfant est envoyé au Parvis, débarrassé de son appareil contentif, pour recevoir un appareil à tuteur.

APPAREILS POUR LES REDRESSEMENTS ARTICULAIRES

NOUVEL APPAREIL POUR LE REDRESSEMENT DU PIED BOT.

Par **M. L. Berthet,** interne des hôpitaux de Lyon.

Les appareils dont nous nous proposons de donner une courte description sont employés depuis longtemps par M. le professeur Laroyenne, dans son service de chirurgie des enfants, à la Charité de Lyon. Un grand nombre d'élèves et de médecins ont pu constater les très bons effets de leur emploi, et comme ils n'ont été jusqu'ici décrits nulle part, nous pensons faire œuvre utile en comblant cette lacune.

Ces appareils ont pour but le redressement progressif dans les affections articulaires, à l'aide d'une traction douce, continue, bien que très puissante et très efficace, obtenue par l'adaptation d'anneaux de caoutchouc à un système de compas à deux branches solidement fixé au membre.

C'est un perfectionnement des tuteurs construits pour la première fois par Blanc (de Lyon), sur les conseils de M. Bonnet.

L'idée mère de l'ingénieux inventeur lyonnais était de faire servir l'action continue, puissante, du caoutchouc au redressemment progressif des ankyloses. M. Laroyenne l'a conservée, mais en modifiant heureusement les parties accessoires de l'œuvre.

Voici une description générale des appareils :

De chaque côté de l'articulation malade sont deux compas articulés entre eux au niveau de l'interligne articulaire et solidement reliés à ceux du côté opposé, soit au moyen d'un bandage silicaté, soit par des courroies. Chacun de ces compas possède deux branches : l'une est fixée au membre, l'autre, qui est libre, se trouve munie à son extrémité d'un crochet qui sert à attacher l'anneau de caoutchouc qui la relie à la branche libre du compas situé au-dessous.

De cette façon, les deux segments du membre sont attirés dans l'extension par une traction uniforme, soutenue, parfaitement graduée, qui amène le redressement sans faire craindre la subluxation.

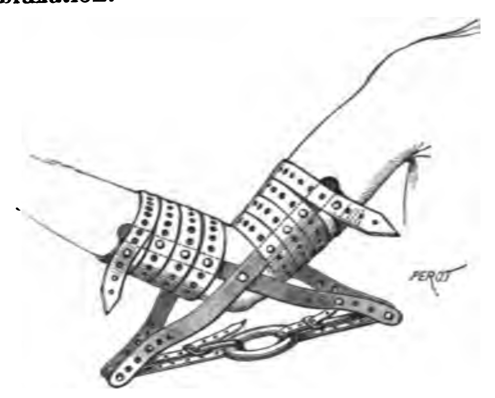


FIGURE 1. — *Appareil du coude.*

Nous examinerons successivement l'usage de ces appareils au coude, à la hanche, au genou, au cou-de-pied, et nous terminerons par la description d'un nouvel appareil pour le pied bot.

Articulation du coude.

L'appareil, que la fig. 1 représente en position, est le seul qui existe pour le redressement du coude. Il est constitué de chaque côté de l'article par deux V en métal, adossés par leurs sommets, les sommets correspondant à l'interligne articulaire. Pour chacun d'eux, une branche est fixée au membre par des courroies qui la relient également à la branche du côté opposé; l'unité d'action des deux branches est encore plus régulièrement assurée par un demi-cercle de métal, qui va de l'une à l'autre en embrassant dans sa concavité la face postérieure du bras ou de l'avant-bras. La branche libre de chaque V est unie à celle du côté opposé par deux petites tiges de fer, lesquelles servent à faire passer les anneaux de caoutchouc.

Le mécanisme de l'appareil est très simple: les branches li-

bres sont tirées l'une vers l'autre par la traction du caoutchouc, entraînant les branches fixées aux deux segments du membre qui se trouve finalement redressé. On comprend combien il est facile d'obtenir la flexion en disposant l'appareil de la même manière, mais sur la face antérieure du coude.

Articulation de la hanche.

Cet appareil (fig. 2) est destiné à redresser la cuisse vicieusement fléchie sur le bassin ; or, c'est un des résultats les plus difficiles à obtenir en chirurgie que d'opérer ce redressement

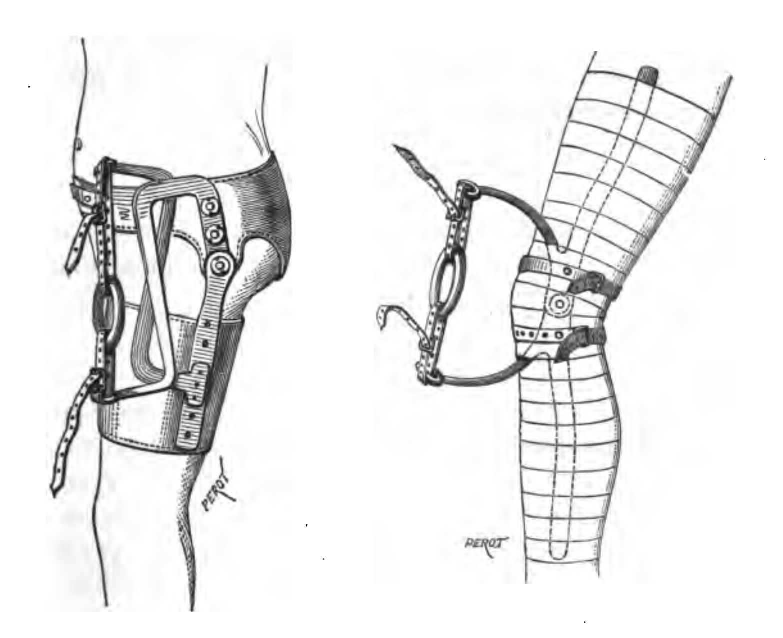


FIGURE 2.—*Appareil de la hanche.* FIGURE 3.— *Appareil du genou.*

à cause de la difficulté d'immobiliser convenablement le bassin. La ceinture figurée dans l'appareil paraît réaliser ce désidératum. Une courroie en cuir maintient la cuisse ; deux leviers coudés sont fixés sur la ceinture et le collier de telle façon que, lorsque leurs branches libres se rapprochent, sous

l'influence de la traction élastique, leurs branches fixes s'écartent et la cuisse est portée dans l'extension.

Articulation du genou.

La fig. 3 ne représente qu'une moitié de l'appareil ; l'autre partie, exactement semblable, se trouve sur l'autre côté du membre. Les deux moitiés sont reliées par des courroies ou par un bandage silicaté. Cet appareil, qui rappelle par tant de points celui de Bonnet et Blanc, en diffère en ce que les tuteurs de ceux-ci, qui prenaient leur point d'appui sur le milieu de la face antérieure de la cuisse et de la jambe, sont remplacés ici par des leviers fixés sur les faces latérales des deux segments du membre inférieur, de façon à obtenir le redressement sans subluxation.

Articulation du cou-de-pied.

La fig. 4 représente la moitié de l'appareil qui est employé à corriger l'équinisme. Sa disposition et son action sont analogues à celles de l'appareil du genou.

Appareil pour le pied bot (1).

Cet appareil (fig. 5), destiné au redressement du varus équin, comprend une semelle en bois au bord interne de laquelle est articulée une tige en fer remontant jusqu'au genou. Vers ce niveau, elle est articulée avec une deuxième tige qui la continue et la termine vers le milieu de la cuisse. A ce premier système de tiges sont annexés deux colliers qui entourent le membre au-dessus et au-dessous du genou. Sur le côté externe on trouve un deuxième système de tiges, composé de trois tronçons articulés entre eux, au niveau du genou et de la hanche. Les deux premiers tronçons servent à fixer sur le côté externe les colliers que nous avons cités. Le troisième porte le point d'attache d'une ceinture entourant le bassin.

(1) Fabriqué par Perrel-Barroud.

C'est un étrier fixé sous la semelle qui réunit celle-ci à la tige jambière, au niveau de la malléole interne. La semelle est munie d'un contre-fort de cuir ou talonnière qui se prolonge sur tout son côté interne, contourne sa pointe et vient serrer

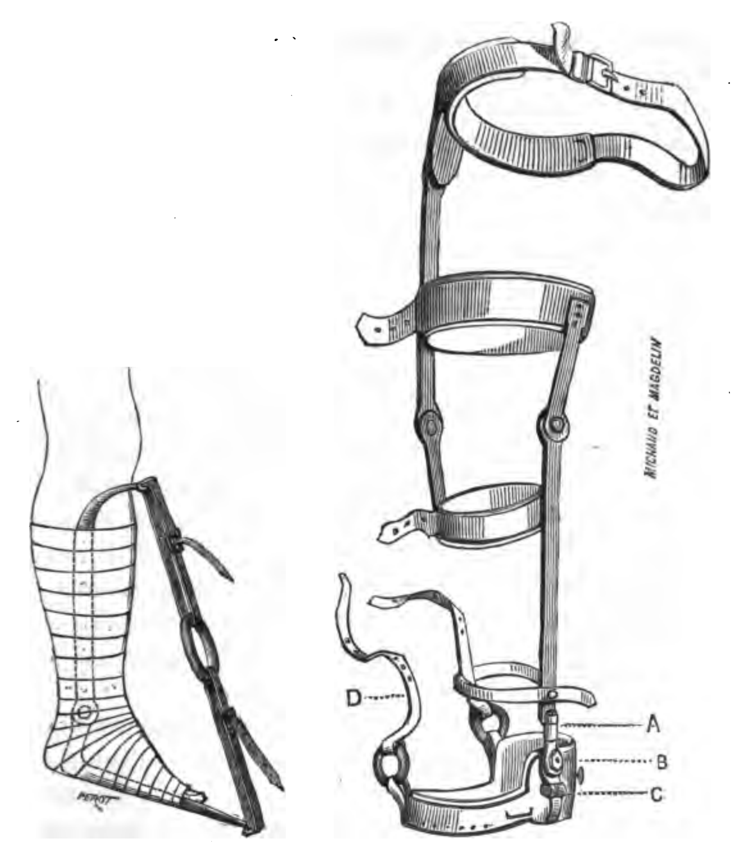


FIGURE 4.—*Appareil du cou-de-pied.* FIGURE 5.—*Appareil pour le pied bot.*

sur le côté externe à la naissance du petit orteil. Le talon, saisi par une guêtre, est tiré en bas par une courroie qui presse sur le cou-de-pied. Sur le côté externe de la talonnière s'attache une courroie qui comprend dans son trajet un anneau de caoutchouc ayant pour fonction de relever le bord correspon-

dant de la semelle. Une autre courroie, pourvue également d'un anneau de caoutchouc, est disposée de la même manière sur le bord antérieur de la semelle; son mode d'action a pour effet de ramener le pied dans la flexion. Les deux courroies aboutissant à l'anneau de la jarretière, il en résulte que le point d'appui de la double traction qu'elles exercent est pris sur l'appareil lui-même.

L'effet de ces deux courroies, agissant d'une manière continue, a pour résultat la flexion du pied, et sa rotation en dehors, par l'abaissement de son bord interne et l'élévation de son bord externe.

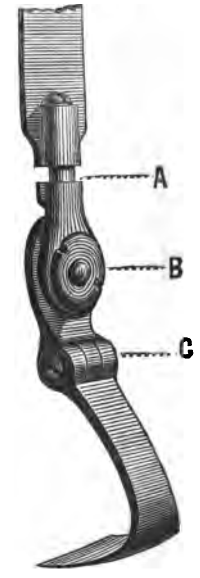


FIGURE 5. — *Etrier pour l'appareil du pied bot* (Laroyenne).

Le perfectionnement le plus important, apporté par M. Laroyenne à l'appareil de Blanc, porte sur l'articulation de l'étrier avec la tige jambiere. Dans l'appareil de Blanc, il y a deux articulations permettant : l'une les mouvements de flexion et d'extension, l'autre ceux d'abduction et d'adduction. Mais cet appareil ne peut rien contre la *rotation de la pointe du pied en dedans*; aussi n'est-il pas rare de rencontrer des pieds-bots considérés comme guéris parce que la plante du pied pose à plat sur le sol, mais dont la pointe est fortement déviée en dedans.

C'est pour obvier à cet inconvénient sérieux que M. Laroyenne à substitué, à la double articulation de Blanc, une articulation unique, pivotante. L'étrier (fig. 6) entre dans l'extrémité inférieure de la tige jambière, et tourne dans tous les sens autour de cette tige comme autour d'un pivot. Dans ces conditions, la plante du pied est ramenée à plat sur le sol comme dans l'appareil de Blanc, par les deux courroies fixées à la semelle. Mais, de plus, la seconde courroie, par son point d'attache à l'extrémité antérieure de la semelle, s'oppose à la

rotation de la pointe du pied en dedans et maintient celle-ci dans la rectitude.

L'importance de ce résultat frappera tous les chirurgiens.

REVUES DIVERSES

Sur le lavage de l'estomac chez les nourrissons, par le professeur Dr Epstein (*Prager medic. Wochenschr.*, n° 34). — Depuis plusieurs années, le Dr Epstein pratique à l'Institut des Enfants-Trouvés, à Prague, le lavage de l'estomac, dont l'utilité est prouvée et l'exécution parfaitement réglée. A cet effet, il se sert d'un appareil qui est composé d'une sonde (n° 8, 9 ou 10) de Nélaton (Patent Jacques), de 35 centimètres de longueur. Son bout supérieur, élargi, est mis en rapport par un petit tube de verre avec un tuyau élastique de 40 à 45 centimètres de long, qui porte à l'autre extrémité un petit entonnoir.

Il est plus facile d'introduire la sonde chez les enfants, même dans les premiers jours après la naissance, que chez les adultes.

L'enfant est couché sur le dos, la partie supérieure du tronc et les bras, qui sont amenés dans l'extension, entourés d'une serviette. En exerçant une légère pression du doigt sur son menton, la cavité buccale s'ouvre et l'index de la main gauche, posé sur la langue, la déprime légèrement. La sonde, préalablement trempée dans l'eau chaude et tenue comme une plume à écrire dans la main droite, est introduite dans la bouche, à côté du doigt posé sur la langue, et progresse petit à petit, par l'action seule de la déglutition, à travers l'isthme du gosier, l'œsophage, jusqu'à l'estomac. Si la sonde, introduite maladroitement, est venue butter contre la paroi postérieure du gosier et se plie, il faut la retirer un peu pour la remettre en bon chemin. Le cartilage cricoïde oppose aussi quelquefois une difficulté momentanée à son introduction.

La sonde, parvenue dans l'estomac, provoque des contractions de ses parois, par lesquelles la masse liquide est repoussée vers l'orifice supérieur du tuyau élastique. On abaisse cet orifice dans un plan inférieur au plan horizontal de l'enfant, et l'estomac se vide, sauf les cas d'obstruction du tube ou de mauvaise situation de l'œil de la

sonde; aussi faut-il toujours s'assurer, par un mouvement de va-et-vient du tube, que celui-ci n'est pas mal engagé.

Pour les lavages, on se sert de l'eau distillée tiède, à laquelle on ajoute quelquefois un peu de magnésie benzoïque ou de la soude hydrocarbonatée. Le professeur Epstein emploie de 30 à 50 grammes de liquide.

Un aide est nécessaire pour verser le liquide dans l'entonnoir, qui doit être relevé pour cet usage. Le liquide doit être versé peu à peu, en évitant autant que possible d'introduire de l'air; aussi faut-il comprimer le tube à sa partie supérieure, aussitôt le liquide passé. On peut également introduire la sonde toute remplie et comprimée par une pince par-dessus le niveau du liquide. Si l'enfant crie fortement, s'il a des nausées ou vomit, le liquide ne peut pas descendre; alors on doit attendre un moment, car ordinairement les enfants se calment bientôt. Le lavage peut être répété plusieurs fois, aussi longtemps que le liquide revient troublé, c'est-à-dire au plus trois fois.

Les mensurations, prises sur le cadavre, nous montrent que chez un nourrisson long de 50 centimètres, la distance, depuis les lèvres jusqu'au cardia, est de 18 centimètres. Il en résulte que la sonde a les dimensions nécessaires (35 centimètres) pour atteindre la grande courbure située en face du cardia et se mouler sur le fond de l'estomac.

Dans les cas mêmes où les parois stomacales sont très délicates, une perforation n'est pas possible; quelquefois de petites hémorrhagies capillaires se produisent, sous l'influence des efforts du vomissement,

On ne pourrait dépasser le pylore avec la sonde qu'au prix d'un effort considérable, et encore on n'obtiendrait pas ainsi le passage du liquide stomacal dans l'intestin.

Le lavage est contre-indiqué, de peur de produire l'asphyxie, chez les enfants atteints de maladies des poumons ou du cœur, qui sont dans le collapsus.

Les indications pour le lavage d'estomac sont : une affection débutant par des vomissements non altérés ou bien altérés par le lait tourné, qui sont le signe d'un état catarrhal de l'estomac, joint à une affection de la bouche et qui peut s'étendre aux intestins. Dans les cas où la maladie de l'estomac semble être produite par des organismes vitaux, le lavage supprime à la fois la cause même du mal et

prévient l'apparition du catarrhe secondaire des intestins. L'élimination, par le lavage, des masses grumeleuses de lait tourné, prévient aussi l'irritation mécanique des voies digestives.

Il est un fait reconnu et appuyé sur les résultats d'une longue expérience, c'est que le catarrhe aigu des voies digestives, chez les enfants élevés au sein, est entretenu par le lait de la mamelle, et que le passage à un autre régime, comme par exemple à celui de l'eau albumineuse, peut seul enrayer le progrès de la maladie ; aussi le lavage de l'estomac convient-il tout spécialement au commencement du choléra infantile; il doit être répété aussi longtemps que l'enfant montre des dispositions à vomir, avant de passer à l'eau albumineuse ou à tout autre régime.

Le lavage montre à quel point la digestion est difficile et incomplète chez les enfants ainsi affectés. Alors, en effet, que la nourriture est digérée en une heure ou une heure et demie, chez les enfants bien portants, ce travail dure de trois à cinq heures et plus chez les autres, et le bol alimentaire, dans ces derniers cas, se trouve imprégné de beaucoup de mucus, auquel sont souvent associés des microorganismes en grande quantité.

S'il y a en même temps une affection de l'intestin, le liquide rendu par le tuyau est d'une nuance vert jaunâtre.

Autres indications : — vomissements habituels ou après une tétée copieuse, signes d'un catarrhe de l'estomac, qui provoque quelquefois une dilatation de cet organe ; — un catarrhe gastro-intestinal chez des nourrissons âgés de quelques semaines et nourris artificiellement (souvent, on expulse par le lavage les substances les plus bizarres : miettes, raisins, gruaux, pommes, graines de pavot, etc., etc.) ; — une éclampsie symptomatique d'une indigestion. (Le professeur Epstein cite un cas type de ce genre); — un empoisonnement pourra être heureusement enrayé par le lavage de l'estomac.

Rachitisme (congénital) développé et guéri avant la naissance, en dehors de toute influence syphilitique (*Société de chirurgie*, séance du 19 décembre 1883).

M. Guéniot, président. — Dans la séance du 27 juin dernier, j'ai eu l'honneur de soumettre à l'examen de la Société de chirurgie un enfant nouveau-né dont les membres étaient affectés d'un rachitisme très prononcé. Les lésions du squelette offraient ce trait tout particulier, que leur guérison semblait être un fait acquis, c'est-à-dire que

le tissu osseux avait recouvré sa solidité et que, de la maladie intra-utérine, il ne restait plus que les déformations caractéristiques. Du reste, j'ai donné à cette date l'observation du petit malade; je ne crois pas devoir y revenir. J'ajouterai seulement que, depuis lors, sa santé générale est devenue très bonne et que ses maladies accidentelles (la diarrhée, la conjonctivite purulente et les deux hernies inguinales) ont été heureusement guéries. L'enfant ainsi rétabli a été rendu à sa famille, dans le cours du mois d'août dernier.

Le rachitisme constaté, il importait essentiellement, pour en rechercher la cause, de connaître l'état de santé actuel et les antécédents morbides des parents. Or, dès les premiers jours qui ont suivi la présentation de l'enfant, je me suis livré à cette enquête; afin et d'en mieux assurer les résultats, j'ai prié M. Fournier de vouloir bien lui-même y prendre part. Voici maintenant les données qu'elle nous a fournies :

La famille du petit rachitique se compose du père, de là mère, d'une petite sœur âgée de 4 ans et d'un frère (du côté paternel seulement), âgé de 8 ans, au total quatre individus.

L'examen minutieux de chacun d'eux, de même que l'interrogatoire du père et de la mère, convoqués à part, furent d'abord exécutés par moi, en présence de mon interne, avec la plus grande rigueur. A quelques jours d'intervalle, la même inspection sévère fut aussi pratiquée sur chaque sujet séparément par M. Alf. Fournier. Je pourrais entrer ici dans le détail de cette double enquête et montrer avec quel soin scrupuleux elle a été poursuivie. Mais je crois cette relation superflue. Il me suffira de vous dire que tous les organes susceptibles de porter des traces de syphilis, et de révéler une atteinte ancienne ou actuelle de cette maladie, ont été scrutés par nous sur le père, sur la mère et sur les enfants, en dehors de toute idée préconçue, avec le seul désir de découvrir la vérité.

Or, le résultat de cet examen est resté absolument négatif au sujet de la syphilis. Tout au plus, d'après une conception de M. Fournier, pourrait-on penser que peut-être la syphilis héréditaire, chez le père, n'a pas été étrangère à la constitution débile et à la misère physique que nous a présentées cet homme. Mais ce n'est là, dans l'idée même de M. Fournier, qu'une vue tout hypothétique, dont il serait impossible de démontrer la probabilité.

Voilà donc, en résumé, un fait bien authentique de rachitisme dont la cause ne saurait être cliniquement rattachée à la syphilis. Et ce

fait acquiert, pour la démonstration, une valeur tout exceptionnelle, si l'on songe que la recherche de la maladie spécifique a été entreprise et poursuivie avec l'esprit le plus indépendant. D'une autre part, la haute compétence et l'autorité hors ligne que présente M. Fournier en cette matière ajoute encore à l'importance du résultat.

D'après ce qui précède, la conclusion suivante me semble s'imposer à l'esprit du clinicien : *Le rachitisme peut exister en dehors de toute influence syphilitique.*

Du reste, aujourd'hui que nous déplorons la perte du professeur Parrot, l'auteur de la thèse contraire, il est douteux que l'opinion exclusive de cet éminent confrère soit désormais reprise et défendue avec le même talent.

Traitement du genu valgum (ostéoclasie, ostéotomie). — Présentation et discussion. (*Société de chirurgie*, séances des 28 novembre, 5 et 12 décembre.)

M. Polaillon (28 *novembre*) présente une malade, âgée de 16 ans, atteinte de genu valgum, et traitée, en présence de M. Verneuil, par l'ostéoclasie double, à l'aide de l'appareil de Robert et Collin. L'écartement était considérable, ainsi qu'on peut le voir sur le moule en plâtre, pris avant l'opération : il atteignait 18 centimètres au niveau des malléoles.

La malade, qui marchait très mal, marche très bien à l'heure actuelle.

La fracture du fémur droit s'est faite au point classique, immédiatement au-dessus des condyles ; la fracture du côté gauche a porté à 4 centimètres au-dessus de ces condyles, et il en est résulté un cal volumineux ; l'inconvénient qui en résulte est d'ailleurs très minime.

M. Gillette (5 *décembre*). — Si j'avais été présent à la dernière séance, au moment où M. Polaillon a présenté la malade qu'il a guéri du genu valgum par l'ostéoclasie, j'aurais rapporté un cas analogue au sien.

Il s'agit d'un jeune homme de 18 ans, que j'ai traité, moi aussi, par l'ostéoclasie, avec l'appareil de Collin. La fracture s'est produite à la partie inférieure du fémur ; le genou a été redressé ensuite, et la guérison a été obtenue sans complication aucune, sans cal volumineux.

Je me propose, d'ailleurs, de vous présenter le malade, ainsi que

les moules et les photographies qui ont été pris sur lui avant l'opération.

M. Gillette (12 *décembre*). — Je présente à la Société le malade dont j'ai parlé à la dernière séance, et que j'ai guéri d'un genu valgum au moyen de l'ostéoclasie.

Il s'agit d'un jeune homme de 18 ans; l'écartement entre les malléoles était de 15 centimètres au moment où je le vis pour la première fois. Quelques mois après, il s'était accru de 3 centimètres. Il y avait, en outre, une notable rétraction du biceps crural. Je fis usage de l'appareil de Collin. La fracture, obtenue au moyen d'une pression d'environ 150 kilogrammes, siégeait un peu au-dessus des condyles. La consolidation s'effectua sans difficulté, et, à l'heure actuelle, l'on ne trouve même pas de trace du cal.

Le malade marche très bien, malgré une légère atrophie des muscles de la jambe et de la cuisse.

M. Polaillon lit un rapport sur ce sujet, à propos de quatre observations d'ostéotomies pratiquées par M. Dubourg (de Bordeaux).

Dans le premier cas, il s'agissait d'un enfant de 4 ans, atteint de genu valgum double classique. On fit l'ostéotomie des deux fémurs, et on ramena les membres dans la rectitude. Au bout de deux mois, le malade était guéri.

Le second cas est analogue : l'enfant avait 4 ans, son genu valgum portait d'un seul côté; il était la conséquence d'une paralysie infantile.

Je suis partisan de l'ostéotomie appliquée au traitement du genu valgum des adultes, ajoute M. Polaillon ; mais je ne me croirais pas autorisé à utiliser cette méthode sur un enfant de 4 ans.

A cet âge, en effet, il est généralement facile de redresser la difformité par des manœuvres simples, ou même, au besoin, par l'ostéoclasie.

La meilleure preuve qu'il en est bien ainsi, c'est la fréquence des succès que l'on obtient dans des circonstances beaucoup plus défavorables, c'est-à-dire alors même que l'enfant a atteint 15 ans. Le malade de M. Gillette et la jeune fille que j'ai présentée à la dernière séance en sont deux exemples.

Il ne faut pas oublier, d'ailleurs, que l'ostéotomie est bien loin d'être une opération exempte de dangers ; c'est ainsi que je trouve dans l'un des mémoires qui nous ont été envoyée pour le prix Labo-

rie, que, sur 58 ostéotomies pratiquées pour des genu valgum, il y a eu 8 accidents légers, 8 accidents graves et 4 mortels.

La troisième des observations de M. Dubourg est relative à un enfant de 28 mois, auquel il fit l'ostéotomie du tibia pour une courbure rachitique de cet os. La section ne porta que sur les trois quarts de l'os; le quatrième quart fut fracturé à la main. Le malade mit deux mois à guérir et sa plaie suppura d'une façon notable.

Cette dernière opération revêt une tendance abusive et regrettable à exagérer les cas où l'ostéotomie est indiquée. Les courbures rachitiques des enfants de 28 mois ne sont pas définitives, elles guérissent, le plus souvent, toutes seules; il suffit, pour cela, de soumettre l'enfant à un régime convenable. Cette opération est d'autant plus prématurée qu'elle n'a aucune influence sur le rachitisme en lui-même, et que la récidive est pour ainsi dire fatale, si l'on n'emploie pas le traitement général auquel je viens de faire allusion.

Ai-je besoin d'ajouter que l'observation de M. Dubourg, en nous faisant connaître la possibilité de sérieux accidents opératoires, viendrait confirmer, s'il en était nécessaire, la nécessité de l'abstention en pareille circonstance?

La quatrième observation ne soulève pas les critiques que j'adresse aux trois premières :

Il s'agit d'un jeune homme de 14 ans, qui avait eu une tumeur blanche du genou, que l'on avait laissé guérir, avec une ankylose à angle droit. Cette ankylose était complète, de nature osseuse, au moment où M. Dubourg vit le malade. Il fit la résection de l'articulation, redressa le membre, l'immobilisa dans cette position et le pansa antiseptiquement. Quatre mois après, le malade était guéri.

C'est là, sans aucun doute, une conduite à imiter.

M. Reclus. — J'ai pratiqué 9 ostéoclasies : 3 pour genu valgum et 6 pour des déformations rachitiques chez des enfants de 3 à 7 ans. J'ai obtenu 9 succès, et je n'ai constaté aucun inconvénient sérieux à la suite de cette opération, pratiquée à l'aide de l'appareil de Colin. Ces enfants marchaient au bout de deux mois.

J'eus, une fois, un léger sphacèle au niveau du point d'application de l'instrument; il n'entrava en aucune manière la guérison. Une autre fois, après la fracture du tibia d'un rachitique, je m'aperçus que les contractions du triceps sural étaient telles, qu'elles rendaient impossible le redressement du membre. Je fis la section du tendon d'Achille, et, de ce moment, les choses marchèrent à merveille.

Bœckel, qui a fait beaucoup d'ostéoclasies, a dit quelque part que l'on devait toujours essayer le redressement manuel; mais que, si celui-ci ne réussissait pas, il y avait bien peu à compter sur le redressement à l'aide des appareils. Dans ces cas, en effet, l'obstacle à vaincre siège au niveau du quart supérieur de l'os, et cette région est trop voisine de l'articulation pour que les instruments puissent prendre un point d'appui sur elle.

Tel n'est pas mon avis. Dans chacun de mes cas, l'ostéoclasie manuelle fut tentée, et elle le fut sur des gens robustes, elle ne réussit qu'une fois, tandis que l'ostéoclasie mécanique réussit admirablement dans les 8 autres cas; les résultats qu'elle fournit furent même préférables à ceux obtenus à l'aide des efforts manuels, puisque, chez le malade où cette méthode fut suffisante, la section de l'os, au lieu de porter sur son point culminant, porta sur son point le plus faible, et il en résulta l'impossibilité d'obtenir un redressement sans difformité.

En présence de semblables résultats, je me demande, moi aussi, si les chirurgiens ont bien le droit de pratiquer sur des enfants de 4 ans, et surtout de 28 mois, des opérations analogues à celles qui viennent de nous être rapportées, et qui donnent 4 morts sur 58.

M. Gillette. — Les trois premières observations dont il vient d'être question m'ont un peu étonné. L'ostéotomie ne doit jamais être employée sur les jeunes enfants. Je vais plus loin, et j'estime que l'ostéoclasie elle-même est le plus souvent inutile sur les enfants au-dessous de sept ans, surtout s'il s'agit de rachitiques. Avant cet âge, en effet, le rachitisme, lorsqu'il existe, n'est pas encore guéri et d'ailleurs on obtient souvent d'excellents résultats avec le redressement graduel.

M. Verneuil. — Je ne suis pas hostile à l'ostéotomie; j'ai même présenté à la Société un cas d'ostéotomie du fémur qui avait donné de bons résultats, mais je préfère l'ostéoclasie, lorsqu'il s'agit de genu valgum ou de rachitisme, aujourd'hui surtout où nous sommes très bien outillés pour ce genre d'opération. C'est ainsi qu'au mois de juin dernier, j'ai traité, par cette méthode, un jeune homme dont le fémur était véritablement énorme; la fracture a porté un peu au-dessus des condyles, mais le résultat n'en a pas été plus mauvais. C'est à ce point que je me demande s'il ne serait pas préférable de rechercher de parti pris ces fractures élevées, qui respectent le genou, bien plus facilement que les fractures condyliennes.

Le malade auquel je viens de faire allusion, comme le malade de M. Gillette, a présenté, au niveau du point d'appui de l'appareil, une petite tache grise qui a très rapidement disparu.

M. Reclus, tout à l'heure, déclarait erronée l'opinion de M. Bœckel, disant que l'appareil de Collin ne pouvait produire de fracture au niveau du point voulu, lorsque ce point siégeait près d'une articulation. Je ferai remarquer, à ce sujet, que M. Bœckel parlait de l'appareil de Collin avant les perfectionnements successifs qui y ont été apportés ces derniers temps, et que, dès lors, il avait peut-être raison dans ses objections. Mais, aujourd'hui, les choses sont changées, et je ne doute pas que M. Bœckel, s'il s'est servi à nouveau de l'appareil, ne professe une toute autre opinion.

Tout récemment encore, j'avais à redresser un tibia d'adulte, fracturé trois mois auparavant à sa partie supérieure, et vicieusement consolidé. L'appareil de Collin m'a permis de produire la fracture au point voulu, c'est-à-dire très près de l'articulation du genou.

En ce qui concerne le quatrième malade de M. Dubourg, atteint d'ankylose angulaire, il y a lieu de se demander s'il n'eût pas obtenu un résultat suffisant en essayant de redresser le membre par simple rupture. Tout récemment j'ai eu à soigner un homme âgé, atteint de cette ankylose angulaire, et qui s'était cassé le fémur, immédiatement au-dessus de l'article. J'ai profité de la circonstance pour lui redresser son membre, et, grâce à une consolidation vicieuse du fémur, le résultat obtenu a été certainement bien meilleur que si on l'avait ostéotomisé.

Dans deux cas d'ankylose angulaire, cette fracture s'est produite pendant que je faisais des tentatives de redressement. Une fois elle portait sur le fémur, une fois sur le tibia. Je n'en ai pas moins redressé les membres et les malades en ont retiré un grand bénéfice.

Il est bon de savoir que les fractures que l'on détermine en pareille circonstance ne nécessitent pas l'emploi d'une force considérable, ce qui tient sans doute aux altérations de la substance osseuse voisine d'une articulation ankylosée. Cette fracture se fait d'autant plus facilement que l'on a fléchi le membre avant de l'étendre.

M. Berger. — Il ne faudrait pas rejeter l'ostéomie pour le redressement du genu valgum des adultes ; cette opération donne de bons résultats, ainsi que vous avez pu le constater sur un enfant déjà âgé que je vous ai présenté.

En ce qui concerne le redressement des courbures rachitiques, il

est certain que l'ostéoclasie doit être préférée, chez les enfants surtout. Il est bon cependant de savoir que cette derniere opération n'est pas exempte de danger.

J'ai vu, cette année, une jeune fille ostéotomisée ponr une courbure de ce genre; la consolidation des fragments ne se faisant pas, on eut recours à la suture osseuse, qui fut également impuissante, et à l'heure actuelle, six ans après la première opération, cette jeune fille a encore un membre de polichinelle qu'elle gardera probablement toute sa vie.

Lorsqu'on se trouve en présence d'une ankylose angulaire ancienne du genou, consécutive à une tumeur blanche, je suis d'avis que c'est au redressement que l'on doit avoir recours tout d'abord. Mais là encore on peut s'exposer à des échecs. Les os, considérablement altérés dans leur structure, peuvent ne pas se casser au point voulu, — la consolidation peut faire défaut, ou tout au moins être très retardée, ainsi que je l'ai vu sur un malade ankylosé dans la rectitude, l'axe du tibia étant placé en arrière de l'axe du fémur, — enfin les efforts de redressement peuvent amener une luxation postérieure, ce qui, je n'ai pas besoin de vous le dire, est une grosse complication.

M. Terrillon. — J'ai pratiqué l'ostéoclasie manuelle du tibia d'un enfant rachitique, et j'en ai obtenu de bons résultats. C'est là une manœuvre que l'on devra toujours essayer avant d'employer l'appareil de Colin. Cet instrument est excellent, sans doute; mais, à mon avis, il ne vaut pas les efforts exercés directement par le chirurgien.

M. Desprès. — Faire l'ostéoclasie ou l'ostéotomie des os d'enfants rachitiques me paraît absurde et anti-chirurgical. Il n'y a pas d'exemple d'enfant rachitique de deux à trois ans chez lequel une bonne nourriture, une hygiène convenable n'aient suffi à guérir la maladie et à redresser les courbures déjà formées.

Quant aux opérations que l'on fait chez les adultes rachitiques, elles sont peut-être rationnelles, mais elles sont certainement très mal conçues. Que fait-on, en effet, quand on pratique une seule entaille cunéiforme sur le point culminant de la courbure et que l'on approche les deux bords de la solution de continuité? Le membre, au lieu de faire un seul arc de cercle, en fait deux, mais il n'en reste pas moins difforme pour cela. Pour obtenir le résultat cherché, il faudrait imiter le menuisier qui est appelé à redresser une pièce courbe, c'est-à-dire faire sur la convexité de la courbe une série de petites

entailles cunéiformes, voisines les unes des autres, et occupant une grande étendue de cette courbe.

D'ailleurs, ces courbures rachitiques sont-elles si gênantes? J'observe en ce moment un enfant qui a des courbures de ce genre, très prononcées. Comme il a eu la chance de ne jamais être placé entre les mains d'un chirurgien ostéotomiste ou ostéoclasique, qui eût voulu faire sur lui de la médecine opératoire, il marche admirablement.

M. Monod. — J'ai eu à traiter aujourd'hui une ankylose rectiligne du coude, consécutive à une fracture. J'ai voulu placer le membre dans une bonne position, et pour cela j'ai essayé de rompre les adhérences articulaires. C'est au niveau de l'ancienne fracture que s'est produite la solution de continuité.

M. Reclus. — S'il était vrai que les courbures rachitiques fussent capables de guérir par le seul fait du développement, aidé d'une bonne nourriture et d'une bonne hygiène, nous ne verrions pour ainsi dire pas d'adultes rachitiques; or, c'est le contraire que nous observons.

M. Després. — Parce qu'on ne les a pas traités.

M. Reclus. — Dans tous les cas, il est probable que nous aurons toujours affaire à quelques-uns de ces malades non traités.

M. Gillette nous dit que l'on vient à bout des courbures rachitiques par des moyens de douceur, lorsque l'enfant n'a pas sept ans. C'est possible, mais ce n'est pas constant, et il est des cas où l'éburnation des os malades est telle, que l'opération est absolument indiquée et que la bonne hygiène ne suffit pas.

M. Lucas-Championnière. — Je ferai, à la statistique qui nous a été apportée par M. Polaillon, l'objection que j'ai déjà faite aux statistiques relatives à la fracture de la rotule. Prendre au hasard cinquante et quelques cas provenant de la pratique de chirurgiens divers, qui se sont servis de méthodes diverses et ont opéré sur des cas différents, rechercher le nombre de morts et dire : Voilà la proportion des succès et des insuccès, me paraît être une méthode très défectueuse, lorsqu'il s'agit de rechercher la valeur d'une opération comme l'ostéotomie.

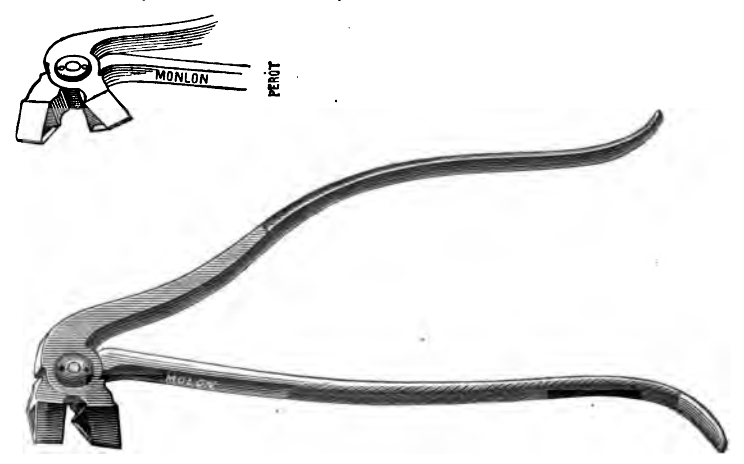
On s'expose, en effet, à compter dans cette statistique des opérations absurdes, faites en dehors de toutes les conditions assurant le succès, et dont le mode de terminaison ne saurait avoir aucune signification.

Ainsi, dans le cas particulier, si, au lieu de prendre les cas en bloc, au hasard, on avait envisagé seulement la statistique de Macewen, on aurait vu que, sur un nombre véritablement immense d'ostéotomies, cet auteur n'a pas eu un seul cas mortel. Ce résultat n'a pas lieu de me surprendre, car si je me reporte aux quelques opérations que j'ai pratiquées sur les os, je suis frappé du peu de réaction dont elles sont accompagnées, et de la facilité avec laquelle elles ont guéri. J'ai même vu un cas où cette guérison a été bien plus rapide que s'il s'était agi d'ostéoclasie, ou du redressement lent avec des appareils. Cette dernière méthode, d'ailleurs, n'est applicable qu'à de tout jeunes enfants.

M. Desprès. — Je répète que lorsqu'il s'agit des jeunes enfants, pris au moment du passage de la première à la seconde nutrition, c'est au traitement médical seul qu'il faut demander la guérison des courbures rachitiques. Plus tard, en présence d'un cas incurable par cette méthode, si je me résolvais à opérer, c'est à l'ostéotomie que je donnerais la préférence, en enlevant non pas un, mais plusieurs coins osseux. Avec l'ostéoclasie, on ne sait pas ce que l'on fait; il est même des cas où il est difficile d'affirmer la production d'une fracture.

(A suivre.)

Nouvel ostéotome (*bec de perroquet*, construit par Er. Monlon, présenté par M. le Dr L.-A. de Saint-Germain à la séance de la *Société de chirurgie* (12 décembre 1883.)



M. de Saint-Germain présente un nouvel ostéotome, dit *bec de perroquet*, construit par Monlon, qui a produit des résultats remarquables,

sur les os de jeunes sujets, à l'amphithéâtre. Cet instrument, pourvu de bras de levier puissants, agit par des mors acérés et évidés, qui entament irrésistiblement un os, en y laissant une solution de continuité cunéiforme.

Die seitlichen Verkrümmungen am Knie und deren Heilungsmethoden. (Les déviations latérales du genou et leurs méthodes de traitement), par le Dr Mikulicz, assistant de Billroth, à Vienne. (V. *Langenbeck's Archiv.*, Bd. XIII, Heft 3. D'après le Dr Muller, *Revue de chirurgie*, 10 juin, 1883, résumé.)

Billroth a traité, à l'hôpital, 54 sujets atteints de genu valgum et 11 du genu varum depuis les dix dernières années. Il en a observé 158 d'une part et 16 de l'autre, à sa consultation externe.

L'auteur a eu l'occasion d'examiner les pièces anatomiques de 17 membres inférieurs, chez douze sujets atteints de genu valgum et 2 de sujets atteints de genu varum. Parmi ces préparations, il y en avait huit appartenant à la période de formation du genu valgum.

Il donne une *bibliographie*, un *historique*, une *anatomie pathologique* et une *symptomatologie* des déviations latérales du genou. D'abord, il traite du *genu valgum des adolescents*.

Détermination du segment du membre qui est en cause. — Il mesure l'angle que fait une ligne passant à la base du genou par l'extrémité inférieure des deux condyles avec l'axe du fémur. On fléchit le genou à angle aigu pour que les deux condyles fémoraux fassent saillie le plus possible. On applique aux points extrêmes les pointes d'un compas d'épaisseur, tenu dans une direction perpendiculaire à l'axe du fémur. Une règle, appliquée contre les branches du compas, donne la direction de la base du genou et l'angle que forme cette direction avec l'axe du fémur, facilement mesurable au moyen d'un rapporteur, sert à apprécier à la fois l'étendue de la difformité et son siège. Cet angle est de 81° en moyenne à l'état normal. Il est plus petit dans le genu valgum, et d'autant plus petit, que le genu valgum est plus prononcé.

Pour voir si c'est le tibia qui est la cause de la déformation, on détermine d'abord l'angle externe du genou ; on en retranche l'angle formé par la base du genou avec le fémur, et l'on obtient ainsi l'angle que fait l'axe du tibia avec la surface articulaire supérieure. Cet

angle varie normalement entre 90 et 98°. S'il diminue, cela prouve que l'extrémité supérieure du tibia prend part à la déviation.

Siège du genu valgum.. — Mikulioz montre, par une série de coupes longitudinales, que le genu valgum a son siège dans les extrémités des diaphyses du fémur et du tibia, et que la déviation est due en partie à une croissance inégale de la diaphyse à la limite épiphysaire, en partie à une courbure anormale de toute l'extrémité diaphysaire. Les épiphyses n'y sont pas intéressées.

Le péroné ne participe pas à la déviation; mais, dans les cas très accentués, il peut présenter, par arrêt de développement, un raccourcissement de 1 centimètre et au delà.

L'étude microscopique, aussi bien que macroscopique des coupes longitudinales, a toujours révélé un élargissement rachitique des cartilages épiphysaires.

L'origine rachitique de ces déformations est démontrée par d'autres modifications rachitiques du squelette chez les mêmes sujets.

On trouve, même chez l'adulte, du gonflement à la jonction des épiphyses, au-dessus des articulations de la main et du pied, et surtout à l'extrémité antérieure des côtes (chapelet rachitique).

Etiologie et pathogénie. — Les genu valgum et varum se rencontrent avec des affections rachitiques des os des extrémités, chez les adultes aussi bien que chez les enfants. On les trouve là où sont réunis le rachitisme et les influences mécaniques. Il y a deux périodes de croissance qui y prédisposent : l'une entre un et cinq ans, l'autre vers quinze ans.

1re période. Action combinée de deux facteurs, rachitisme et acte de la marche commencé avant le début de la déviation. Dans les cas où le genu valgum ne s'était développé que dans la quatrième ou la cinquième année, les enfants avaient commencé à marcher très tard.

2e période (de 10 à 20 ans). Le début de la déviation, dans 60 cas de genu valgum et varum, tombe entre 12 et 19 ans; entre 13 et 16 (pour 47 des 60 cas).

(A suivre.)

Le gérant : H. LAUWEREYNS.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY, successeur, 52, rue Madame et rue Monsieur-le-Prince, 14.

REVUE MENSUELLE

DES

MALADIES DE L'ENFANCE

Février 1884

TRAVAUX ORIGINAUX

DU LAIT DE VACHE

PROCÉDÉS NOUVEAUX POUR LE CONSERVER.

Conférence donnée au profit de la Crèche de Neufchâtel.

Par le Dr Hermann Albrecht,
Professeur agrégé à l'Université de Berne.

L'enfant qui vient de naître trouve, au sein de sa mère, une source de nourriture toute prête qui lui permet de vivre et de grandir, car le lait contient tous les principes nécessaires à la vie, savoir : le caséum, principe azoté analogue à la viande, le beurre, le sucre, le sel et l'eau. Mais, malheureusement, le lait maternel fait souvent défaut; et il faut alors recourir au lait d'une femme étrangère, ou au lait des animaux, tout autre aliment ne pouvant remplacer que très imparfaitement le lait. De toutes les sortes de lait d'animaux, c'est le *lait de vache seul* qui est susceptible d'un emploi général dans toutes les classes de la société.

Le lait de chèvre et *le lait d'ânesse* sont cependant aussi utilisés dans l'allaitement artificiel.

Le lait de chèvre a à peu près la même valeur que le lait de vache, mais comme les chèvres ne peuvent être traites que pendant l'été, leur lait est d'une *production limitée* et ne peut pas être d'un *usage journalier*, parce qu'on ne peut pas l'obtenir en toute saison.

Le *lait d'ânesse* a de réels avantages sur le lait de vache. A l'égard de la caséine, il se rapproche beaucoup du lait de femme, mais il n'est cependant pas tout à fait semblable à ce dernier. En Hollande, il est d'un usage très fréquent. Il y a dans ce pays des établissements qui entretiennent jusqu'à quatre-vingts ânesses. Mais comme le jeune âne doit, lui aussi, se nourrir du lait de sa mère, le rapport de ce lait est très petit (1 à 1 1/2 litre par jour) et coûte de 2 fr. 50 à 3 fr. le litre.

Ces considérations feront comprendre que, en général, le lait de vache seul peut être pris en considération pour l'allaitement de la grande masse des enfants.

Qu'est-ce que le lait de vache? en quoi consiste-il? qu'est-ce que le lait, en général?

Le lait est une sécrétion glandulaire, une émulsion graisseuse. Il est composé d'un liquide et d'une innombrable quantité de petits globules graisseux, entourés d'une enveloppe. Ce sont ces globules qui rendent le liquide opaque. Placés sous le microscope, ils se montrent sous une forme sphérique et possèdent un grand pouvoir de réfraction. Le Dr Fleischmann les partage en trois groupes : les grands, les moyens et les petits globules. Les globules de lait se forment dans les canalicules de la glande mammaire, par la transformation graisseuse des cellules qui les revêtent. Dans les premiers jours de l'allaitement, le lait se compose principalement d'agglomérations de globules de lait. A cette période il est appelé *colostrum*.

Le colostrum diffère essentiellement du lait proprement dit, en ce qu'il est moins bleuâtre, plus jaune, plus riche en

beurre et en sels et qu'il agit comme purgatif sur l'enfant.

Comment doit être le bon lait de vache?

Quelles qualités doit-il avoir?

Il faut que la couleur en soit blanc jaunâtre, non bleuâtre, ni rougeâtre. Le goût doit en être pur, l'odeur, celle qui est particulière au lait frais. Certaines plantes fourragères donnent au lait la couleur, l'odeur et le goût qui leur sont propres. Les gaz sont absorbés avidement par le lait et s'y fixent. C'est pour cela qu'il faut user d'une grande prudence dans *le choix du local où l'on conserve le lait.* A cet égard un contrôle spécial serait aussi nécessaire que la constatation de la fraude.

La réaction du lait est d'ordinaire neutre, mais elle devient promptement acide, surtout lorsque le lait n'a été soumis, après la traite, à aucun procédé de conservation. Cela est important à constater, car le lait acide rend les enfants en bas âge malades. Le *fourrage* a, du reste, une influence marquée sur la réaction du lait. C'est là un point sur l'importance duquel nous reviendrons, plus tard, spécialement.

Le poids spécifique du bon lait de vache oscille entre 1,029 et 1,033. Si l'on ôte la crème, le poids spécifique s'élève.

De la formation plus ou moins rapide de la crème on a voulu conclure à la qualité du lait, et le Dr Dornblüth, à Kostat, affirme qu'un retard de la formation de la crème indique un mauvais fourrage.

Cependant cette observation ne paraît pas exacte, depuis que le Dr Cugrim, à Francfort-sur-le-Mein, a montré que la séparation de la crème, dans la laiterie modèle de cette ville, se fait si lentement et si imparfaitement que, vingt-quatre heures après la traite, cette formation n'est pas aussi avancée qu'on peut le réclamer d'un bon lait de vache ordinaire. La séparation de la crème n'est donc pas un critérium infaillible pour la qualité du lait.

En ce qui concerne les *matières nutritives* que le bon lait de vache renferme, mentionnons qu'il y a à peu près 12,5 0/0 de substances solides et 87 0/0 d'eau : En fait de substances solides, il y a, en moyenne, 4,5 0/0 de caséine, 3,8 de beurre,

3,5 de sucre et 0,7 0/0 de sels. Parmi ces derniers, on doit citer particulièrement le *phosphate de chaux*, qui joue un rôle important dans la formation et l'accroissement des os. Si l'apport de phosphate de chaux dans la nourriture est insuffisant ou que les couches de ce sel, déjà déposées dans les os se sont dissoutes, le squelette ne tarde pas à se ramollir et à s'étioler, et la maladie appelée *rachitisme* se développe. Il est donc important que le lait ne soit pas trop étendu d'eau, pour que les éléments nutritifs, mentionnés ci-dessus, s'y trouvent en quantité suffisante.

Deux instruments pratiques sont employés pour le contrôle, c'est-à-dire pour l'appréciation de la qualité du lait : le *lacto-densimètre* de Quevenne ou du Dr Meiller, à Berne, et le *lacto-butyromètre* de Marchand.

Le *microscope* révèle la présence de matières organiques et inorganiques étrangères au lait et qui y ont été introduites par des falsificateurs. On découvre ainsi l'addition de farines, de cervelle, de gypse et d'autres substances, ou des microbes provenant de l'addition d'eau suspecte ou de l'air ambiant.

Mais les instruments ne font pas tout, et il ne faut jamais négliger de prendre conseil de son *odorat* et de son *goût*. Celui qui agira ainsi, arrivera à une appréciation assez juste de la qualité du lait.

Toutes ces connaissances chimiques et physiques et tous ces moyens de contrôle ont-ils été assez efficaces pour empêcher la fraude, et buvons-nous du lait de vache irréprochable?

En Suisse, nous ne pouvons pas nous plaindre, mais il n'en est pas de même dans les grands centres!

Le lait de vache, en effet, tel qu'on est forcé de le donner aux enfants, dans les grandes villes et dans beaucoup de petites, n'est pas seulement dépourvu d'une *quantité suffisante de matières nutritives*, mais il agit même souvent comme un véritable *poison!* Le Dr Malet, de Nice, dans sa remarquable brochure intitulée : *Étude sur le lait pur non écrémé*, pose ainsi la question : Quelles sont les causes génératrices de la plupart des maladies de l'enfance? Et il répond : « Ce sont les *mauvais*

laits et les pratiques vicieuses qu'on emploie pour administrer cet aliment. » L'importance de la production du lait de bonne qualité n'avait, du reste, pas échappé aux médecins de l'antiquité, et quelques-uns, entre autres Cœlius Aurelianus et Alexandre de Tralles, ne dédaignèrent pas de décrire très minutieusement les précautions à prendre pour le choix du bétail, le régime auquel on doit le soumettre et les conditions hygiéniques dans lesquelles il doit être placé pour produire du lait irréprochable.

La grande majorité des agriculteurs et des producteurs de lait tiennent-ils compte de ces sages conseils, et pensent-ils au mal qu'ils font en ne les écoutant pas? A l'heure où les découvertes du Dr Koch, à Berlin, ont irréfutablement établi que la cause des tubercules de l'homme et de l'animal est un champignon (bacillus) microscopique qui peut se transmettre d'un organisme à l'autre par bien des voies, et entre autrespar le lait, n'est-ce pas un devoir sacré de mettre les personnes qui boivent du lait à l'abri d'un pareil danger?

Une vache laitière qui n'est pas en santé, et combien n'y en a-t-il pas de tuberculeuses (comme le prouve l'examen si facile à faire de leurs poumons dans les abattoirs) ; une vache qui mange aujourd'hui une telle herbe et demain telle autre ; qui respire l'air vicié d'une étable étroite, malpropre et imprégnée d'émanations méphitiques, ne peut pas, dans ces conditions, fournir un lait sain à la consommation.

Un lait *falsifié*, sophistiqué par des marchands malhonnêtes (en suposant même qu'il sorte de bonne provenance) et dont le *principe nutritif essentiel*, la CRÈME, a été enlevé ; un lait qui a été étendu d'*eau suspecte*, auquel on a ajouté toutes espèces de drogues pour empêcher la fermentation, ne peut pas, dans ces conditions, servir d'aliment.

N'y a-t-il donc pas moyen, dira-t-on, de se soustraire à l'insouciance et à la routine des paysans ou à la fraude du marchand de lait? Certes, il y en a un qui déjà est passablement en vogue, c'est la *laiterie modèle*.

Le premier établissement de ce genre a été fondé, en 1875,

à Stuttgart, par M, Grub. Il fonctionne encore aujourd'hui supérieurement. D'après les derniers rapports qui me sont parvenus, la laiterie renferme 45 à 50 têtes de bétail qui produisent 450 à 550 litres de lait par jour.

Le second établissement analogue existe depuis le 1er avril 1877, à Francfort-sur-Mein. Il a été créé à l'instigation de MM. les Drs Bary et professeur Leonhardt, et il est placé sous la surveillance du corps médical de cette ville. Il est dirigé par un agronome distingué, M. Stockmayer. Nous empruntons au programme, concernant le plan général et le mouvement de cet établissement, ce qui suit sur le but de l'entreprise :

1° Le *but* que se propose la *laiterie modèle de Francfort* est la production d'un lait de vache qui corresponde parfaitement aux dernières exigences de l'hygiène, et qui, en vertu de sa composition, serve soit aux cures de lait, soit surtout comme succédané du lait de femme.

2° L'établissement reste absolument en dehors de toute connexion avec les exploitations agricoles, parce que souvent, dans le *choix des bêtes* à lait et particulièrement dans l'*affourragement*, les intérêts agricoles sont en opposition avec les exigences d'un établissement qui poursuit un but hygiénique.

D'après le Dr Happé, on a, depuis 1877, atteint le même but à Hambourg, en établissant dans cinq endroits de la ville des étables contrôlées. Les entrepreneurs les ont placées sous le contrôle de médecins vétérinaires, et ils ont invité les médecins à exercer une surveillance sur leurs établissements.

Depuis cette époque, il s'est créé en France, à Nice; en Allemagne, à Brunswick (*Kindermilichstation des Kreuzklosters*), à Berlin (*Dr Hartmann's, Milch-Wirthschfaft*), à Munich, à Breslau, à Sttetin, à Dresde; en Autriche, à Vienne; en Suisse, à Bâle, à Zurich, à Genève (*laiterie modèle de Lancy, de M. C. Hacoius fils*), à Neufchâtel, et dans d'autres Etats d'Europe, beaucoup d'entreprises semblables qui, d'après les moyens qui sont à leur portée, se rapprochent plus ou moins des laiteries modèles, ou sont, à différents degrés, des éta-

bles contrôlées. En tout cas, tous cherchent à procurer au public un lait aussi *homogène* et aussi *bon* que possible.

De quelles *conditions* dépend maintenant la *production* d'un *bon lait de vache?* Comment cette production peut-elle être atteinte? (*A suivre.*)

OSTÉOTOMIE CUNÉIFORME ET LINÉAIRE

DANS LES DÉVIATIONS RACHITIQUES DU MEMBRE INFÉRIEUR.

Observations prises à l'hôpital des Enfants-Malades, dans le service de M. le Dr DE SAINT-GERMAIN.

Par MM. Vallin et Monnier, internes du service.

M. de Saint-Germain a déjà insisté sur la nécessité d'élucider les indications vraies de l'ostéotomie chez les enfants, en publiant le plus grand nombre de faits possible ; aucun scrupule légitime ne s'oppose à cette expérience, maintenant que l'ostéotomie bien faite est considérée comme une opération à peu près inoffensive et M. de Saint-Germain, pour sa part, a déjà publié des observations nombreuses qui ont apporté une contribution pratique très utile à l'étude de la question (1). De nouveaux faits se sont produits depuis ses dernières communications, soit à la suite d'opérations nouvelles, soit par la continuation d'une observation commencée. Rien de plus important que de les livrer actuellement, sans commentaire, à la publicité, au moment où une discussion, pleine d'enseignements, dans la *Société de Chirurgie*, a préparé les esprits à envisager la question sous son véritable jour.

OBSERVATION I. — *Déviation rachitique accentuée de tous les os.* —

---

(1) V. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance : Ostéotomie cunéiforme et linéaire*, décembre 1883. — *Redressement manuel dans les déviations rachitiques du membre inférieur*, janvier 1884. — V. aussi, dans le présent numéro, *Revues. Genu valgum et ostéotomie* (communication de M. de Saint-Germain à la Société de chirurgie, séance du 2 janvier 1884).

Ostéotomie cunéiforme des deux tibias (1) (P. Vallin). — Follet (Eugénie) est guérie de l'ostéotomie cunéiforme de la jambe gauche. M. de Saint-Germain procède le 10 novembre à l'ostéotomie également cunéiforme de la jambe droite. Celle-ci est un peu moins déviée que ne l'était la jambe gauche.

L'enfant est chloroformée, la bande d'Esmarch appliquée. M. de Saint-Germain pratique au point culminant, à environ trois travers de doigt du cou-de-pied, une incision transversale de 5 centimètres. Le tibia étant dégagé à droite et à gauche des parties molles, le périoste est décollé dans une étendue de 1 centimètre en haut et en bas.

Les écarteurs refoulant alors les parties molles, le plus en arrière qu'il est possible, un trou est pratiqué, à l'aide d'un perforateur, au voisinage de la face postérieure de l'os. Dans le conduit ainsi pratiqué, il est permis d'engager une scie très fine, du genre de celles dont on se sert pour découper le bois. Ses deux extrémités sont adaptées à un arc qui permet de la tendre. M. de Saint-Germain scie l'os vers sa surface, mais en remontant un peu obliquement en haut; il s'arrête avant d'avoir atteint la couche superficielle de cet os, puis replaçant la scie à son point de départ, il la conduit encore vers la surface, mais en bas. De cette façon est enlevé un coin osseux de 1 cent. et demi de base sur 2 centimètres de hauteur. Le membre est alors redressé brusquement; le tibia achève de se diviser et un craquement vient indiquer une fracture du péroné. La rectitude du membre est relativement parfaite.

La bande d'Esmarch levée, il s'écoule peu de sang. Les deux lèvres de la plaie sont réunies par trois points de suture. Pansement de Lister. Le membre est placé dans une gouttière en fil de fer, garnie de ouate.

Le 11. Pas de fièvre ; bon appétit.

Le 12. Le pansement est levé. Bon aspect de la plaie ; toujours aucune réaction.

Pansement de Lister, et par-dessus, bandes plâtrées de Sayre roulées autour de la jambe pour confectionner une sorte de botte inamovible.

Le 12. L'enfant ne s'est jamais plainte, n'a éprouvé ni gêne, ni douleur.

---

(1) Le commencement de l'observation de cette enfant a été publié dans : *Ostéotomie cunéiforme et linéaire* (*vid. supra*). Observation 3.

Le bandage plâtré est levé aujourd'hui ; la consolidation paraît complète ; la plaie est tout à fait cicatrisée.

Quand on demande à cette enfant de relever le pied, elle ne peut que l'abaisser. En même temps on voit la cicatrice être entraînée vers le pied. Il existe évidemment quelques adhérences de la peau aux parties profondes.

Le 20. Elle peut aujourd'hui relever le pied au commandement, et on ne la conserve dans le service qu'en attendant l'exécution du double appareil à tuteurs avec lequel on la laissera marcher.

Obs. II. — *Genu valgum du côté gauche. — Tentative de redressement manuel. — Ostéotomie sus-condylienne* (P. Vallin). — Régnier (Marie), âgée de 4 ans, est entrée le 12 novembre 1883, dans la salle Sainte-Pauline, lit n° 32. Enfant vigoureuse, présentant du côté gauche un genu valgum des plus accentués. Flèche 6 cent. et demi.

Le 13. La jambe gauche est moulée.

Le 14. M. de Saint-Germain saisit vigoureusement, à pleines mains, la cuisse d'une part, le genou d'autre part. Par des manipulations énergiques, il obtient un redressement partiel, mais pourtant assez peu accentué.

Coussin de ouate et attelle disposés à la partie interne.

Le tout est maintenu par une bande plâtrée de Sayre, enroulée autour du membre,

Le 15. L'enfant n'a pas souffert, a mangé et dormi comme à l'ordinaire.

Le 30. L'appareil est enlevé. La correction est à peine appréciable. M. de Saint-Germain se décide à pratiquer l'ostéotomie.

1er décembre. Pendant le sommeil anesthésique, après application de la bande d'Esmarch, M. de Saint-Germain enfonce perpendiculairement son bistouri jusqu'à l'os et fait une incision de 3 centimètres, parallèle au grand axe du fémur, comprenant toutes les parties molles, à trois travers de doigt au-dessus du genou, sur le côté externe du condyle externe.

Les écarteurs sont placés dans la plaie, et l'on s'assure qu'ils reposent bien sur l'os. Un ostéotome est glissé entre les deux écarteurs, jusqu'à ce qu'il vienne buter contre le fémur. Lorsqu'on s'est bien assuré qu'il est sur l'os, on lui fait exécuter un quart de tour pour amener sa lame dans une direction perpendiculaire à celle de l'os.

A coups de maillet, M. de Saint-Germain fait pénétrer l'ostéotome assez profondément. Puis, il achève la rupture manuellement.

Pansement de Lister.

Botte inamovible confectionnée avec les bandes plâtrées de Sayre, remontant jusqu'à mi-cuisse. Une bande de flanelle avait été enroulée au préalable autour du pied, de la jambe et de la cuisse.

Le 2. Pas la moindre réaction. Pas de fièvre. Appétit bon.

L'enfant ne paraît pas, en résumé, avoir eu à souffrir de son traumatisme.

Le 26. L'appareil plâtré est levé.

La cicatrisation et la consolidation sont complètes. Flèche 3 centimètres.

L'enfant est gardée jusqu'à la confection de son appareil à tuteurs.

Obs. III. — *Déviation rachitique des tibias. — Redressement manuel. — Ostéotomie de l'un et de l'autre côté* (P. Vallin). — Pautre (Hélène), âgée de 3 ans et demi, entrée, le 1er novembre 1883, à la salle Sainte-Pauline, lit n° 29.

Enfant dont la santé paraît excellente. Déviation rachitique, en parenthèse, des deux tibias. 13 centimètres de l'une à l'autre crête tibiale.

Le 17. Après un massage des plus vigoureux, opéré par M. de Saint-Germain, l'intervalle compris entre les deux crêtes est encore de 12 centimètres.

Coussins et attelles externes, maintenus solidement par un tour de bande.

Le 19. Nouveau massage. On ne gagne rien. Même appareil de contention.

Le 24. Ostéotomie linéaire de la jambe gauche.

Au point culminant, incision de 2 cent. et demi, parallèle à l'axe du tibia. Par cette incision l'ostéotome est amené au contact du tibia, puis placé perpendiculairement à l'axe de l'os.

Après quelques coups de maillet, le redressement est pratiqué manuellement. La rupture du tibia est achevée. Un craquement indique la fracture du péroné.

Pansement de Lister.

Puis, le membre étant placé dans une bonne direction, application d'une bande de flanelle comprenant le pied et la jambe, et par-dessus des bandes roulées plâtrées.

Le soir, l'enfant se plaint un peu. Pourtant, pas de fièvre.

Le 26. Pas de mouvement fébrile. L'enfant a dormi et mangé comme de coutume.

1er décembre, Ostéotomie de la jambe droite. C'est l'opération du 24 novembre, répétée points pour points. Même pansement, même appareil plâtré.

Le 2. Pas de réaction.

Le 3. Le pied étant légèrement enflé, on enlève l'appareil plâtré, qu'on n'avait pas pris le soin de faire porter en même temps sur le pied.

Bande de flanelle enveloppant le pied et la jambe. Nouvel appareil plâtré par-dessus.

Le 4. Le gonflement du pied a disparu.

Le 21. Les appareils plâtrés sont enlevés à droite et à gauche. La consolidation est parfaite des deux côtés.

Distance d'une crête tibiale à l'autre : 9 cent. et demi.

L'enfant attend des appareils à tuteurs.

Obs. IV. — *Déviation rachitique à convexité antérieure des deux tibias.* — *Ostéotomie cunéiforme de la jambe gauche* (P. Vallin). — Tisserand (Marie), âgé de 4 ans, le 23 novembre 1883, est entrée, salle Sainte-Pauline, lit n° 25.

Enfant d'aspect chétif, présentant une augmentation de volume marquée des extrémités osseuses, surtout aux membres inférieurs.

Les fémurs sont incurvés en avant et en dehors.

Les tibias présentent une déviation presque angulaire, à sommet antérieur, dont le point culminant correspond à trois travers de doigt au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne. La déformation est telle, que la mensuration de la distance des deux crêtes tibiales ne saurait donner qu'une idée fausse du degré de la déviation.

Le 21. Ostéotomie cunéiforme de la jambe gauche. Incision transversale de 5 centimètres d'étendue, au point culminant, comprenant toutes les parties molles jusqu'à l'os. Le périoste est détaché. Le trou est pratiqué, près de la face postérieure du tibia, à l'aide du perforateur, comme il est dit dans l'obs. n° 1. Mais la tige perforatrice ayant été changée, par mégarde avant l'opération, pour une tige trop petite, force est à M. de Saint-Germain d'attaquer obliquement de haut en bas et d'avant en arrière, l'os avec l'ostéotome. Après bien des efforts, l'ostéotome pénètre enfin profondément dans cet os éburné.

Il est alors possible, au prix de quelques difficultés, de conduire la scie jusqu'au fond du chemin tracé par l'ostéotome. M. de Saint-Germain lui fait alors subir un quart de tour, et, la dirigeant en bas et en avant, scie de la profondeur vers la superficie, et détermine ainsi un coin à base antérieure.

La base de ce coin est de 1 cent. et demi, sa profondeur de 1 cent.

Un point de suture réunit les deux lèvres de la plaie à leur partie médiane.

Pansement de Lister. Bande de flanelle comprenant le pied et la jambe. Botte plâtrée, confectionnée avec les bandes de Sayre.

Le soir. 37°,8. 95 pulsations. N'a pas mangé.

Le 25. N'a pas dormi, pas d'appétit; pied légèrement œdématié; diarrhée (6 selles).

Traitement : 2 pilules d'opium de 0,05 centig. dans la journée.

Le soir. 39°,2. Le pied est un peu rouge.

Le 26. L'enfant s'est plainte toute la nuit. Elle a eu deux vomissements.

L'appareil est levé : Rien d'anormal du côté de la plaie, elle est aussi belle que possible. — Pansement de Lister. — Le membre est disposé dans une gouttière garnie de ouate.

Le soir. L'enfant se plaint moins, est moins agitée; son état général est sensiblement meilleur ; mais on peut apercevoir sur la peau un léger piqueté rouge, scarlatineux, principalement au niveau des aines. T. 40°,1.

Le 27. Muguet sur la langue. L'éruption est un peu plus accentuée sans être encore très caractéristique.

Traitement : 1. Potion alcoolature d'aconit............ 1 gr
2. Sulfate de quinine.................... 20 centig.
matin et soir.

Le soir. L'éruption est presque entièrement disparue. T. 37°,8.

Le 30. L'état général s'est sensiblement amélioré depuis deux jours. L'appétit est revenu en partie ; l'enfant a dormi ; le muguet a disparu. Pansement.

Le point de suture est levé. Légère suppuration. Même pansement.

2 décembre. L'enfant est gaie et tout à fait bien.

Pansement. Suppuration assez abondante, la plaie est rouge et de bon aspect.

Le 3. Légère desquamation sur les fesses et les avant-bras, qui vient confirmer une scarlatine.

Le 5. Pansement. Les lèvres de la plaie transversale sont écartées de 3 centimètres. Au fond, on aperçoit les extrémités des deux fragments à nu, dans un espace de 1 centimètre. Ces deux extrémités, écartées en avant, sont juxtaposées en arrière, dans la profondeur, comme si le sommet du coin était resté et maintenait ces fragments écartés.

Les bords de la plaie sont roses et bourgeonnants.

Gouttière plâtrée prenant le pied, la jambe et la cuisse, laissant la plaie à découvert.

De chaque côté, ouate pour garantir le plâtre contre l'humidité du pansement.

Pansement de Lister.

Le 10. Pansement. Rien de particulier.

Le 16. Suppuration abondante. Mais la plaie est rouge et bourgeonnante. Le fond du puits, résultant de l'écartement des deux branches du V, est presque comblé dans sa moitié externe. Les bourgeons y arrivent presque de niveau avec la surface de la peau.

Dans la moitié interne, on aperçoit encore les fragments osseux blancs et lisses.

Même pansement.

Le 21. Suppuration toujours très abondante. Pansement avec charpie trempée dans l'huile phéniquée, saupoudrée de camphre.

Le 26. Même pansement.

Le 31. Même pansement.

Obs. V. — *Genu valgum à gauche. — Ostéotomie sus-condylienne* (P. Vallin). — Deboulet (Gabrielle), âgée de 2 ans, entrée, le 27 novembre 1883, salle Sainte-Pauline, lit n° 31.

Enfant de bel aspect et vigoureuse. Genu valgum à gauche. Flèche 4 cent. et demi.

1er Décembre. Ostéotomie sus-condylienne, qui reproduit l'opération racontée dans l'obs. n° 2. Aucun incident particulier.

Botte plâtrée, après pansement de Lister.

Le 2. Pas de réaction.

Le 26. L'appareil plâtré est levé, la cicatrisation parfaite, la consolidation complète. Flèche 2 cent. et demi.

Obs. VI. — *Incurvation en dedans des deux tibias. — Genu valgum à droite et à gauche. — Ostéotomie cunéiforme du tibia gauche* (P. Vallin).

— Deshayes (Fernande), âgée de 5 ans, entrée le 23 novembre 1883, salle Sainte-Pauline, lit nº 13.

Déformation rachitique des plus marquées des deux membres inférieurs.

Genu valgum { à droite : Flèche 4 cent. 1/2.
à gauche : — 3 cent. 1/5.

Courbure latérale des deux tibias à convexité interne, le point culminant correspondant au tiers supérieur de la face interne de l'os. Les deux fémurs sont incurvés en avant et en dehors.

Le 24. Ostéotomie sus-condylienne à droite. Même procédé que dans les observations nº 2 et nº 5. Botte plâtrée, etc.

Le 25. Ni fièvre ni douleur.

1er décembre. Ostéotomie cunéiforme du tibia droit. Incision transversale de 5 à 6 centimètres, pratiquée sur la face antéro-interne du tibia, vers le quart supérieur, et pénétrant d'emblée jusqu'à l'os. Le périoste ayant été décollé en haut et en bas, et maintenu à distance par les écarteurs. M. de Saint-Germain saisit l'ostéotome. Ce n'est qu'après des coups multipliés, qui exigent un grand déploiement de forces, après avoir déplacé à plusieurs reprises l'ostéotome dans le sens transversal, que M. de Saint-Germain réussit à le faire pénétrer à 1 centimètre en profondeur dans toute la largeur de l'os.

L'ostéotome est alors replacé à 8 millimètres au-dessus, et frappé obliquement en arrière et en haut, de façon à aller rejoindre le fond de la solution de continuité qui vient d'être produite. Le tibia résiste et se laisse pénétrer à grand'peine. Enfin, après des coups redoublés, il se produit une fêlure verticale dans le coin que l'on s'efforce de pratiquer. Avec un davier, M. de Saint-Germain détache le fragment le plus volumineux, correspondant environ aux deux tiers externes du coin projeté. Le canal médullaire du tibia est ainsi mis à découvert.

Le davier sert également pour enlever le fragment interne. M. de Saint-Germain nettoie l'os avec la curette pour ne point laisser de fragments. On dirige également dans le même but un jet de solution phéniquée au fond de la plaie. La division de l'os est achevée manuellement, et le membre mis dans une bonne position.

Pansement phéniqué. Bande de flanelle comprenant le pied et la jambe. Appareil plâtré.

Le 2. L'enfant a été très malade toute la journée d'hier. Vomisse-

ments à plusieurs reprises. Mais ce malaise doit être mis au compte du chloroforme.

Pas de fièvre. Pied gonflé.

Le 3. Etat géneral très bon. L'enfant est aussi gaie qu'avant l'opération.

Le 4. Gonflement du pied totalement disparu.

Le 21. Les plâtres sont levés des deux côtés. Cicatrisation complète.

A droite, la consolidation est parfaite. Flèche 1 cent. et demi.

A gauche, il existe encore une légère mobilité des fragments.

Le point de suture est enlevé. Nouvel appareil plâtré.

2 janvier 1884. L'appareil est levé. La consolidation parfaite. Le tibia absolument droit.

Obs. VII. — *Genu valgum droit. — Ostéotomie linéaire sus-condylienne* (P. Vallin). — Le nommé C... (Paul), âgé de 3 ans, entre, le 11 novembre 1882, salle Saint-Côme, lit n° 2, Hôpital des Enfants-Malades, service du Dr de Saint-Germain.

Cet enfant est atteint de genu valgum droit avec flèche de 4 centimètres environ.

Le 20. Ostéotomie linéaire sus-condylienne avec l'ostéotome.

Pansement de Lister : attelle et coussin de ouate.

Le 22. On ne constate aucune réaction inflammatoire ; on renouvelle le pansement de Lister : appareil plâtré enveloppant tout le membre.

14 décembre. Ablation du plâtre et du Lister. Parfaite cicatrisation, et consolidation complète. Le cal est volumineux et un peu angulaire. La jambe dans un léger degré de rotation en dehors. Le redressement est assez satisfaisant.

Obs. VIII. — *Déformation rachitique des tibias. — Ostéotomie linéaire* (L. Monnier). — Le nommé Tourrelly (Emile), âgé de 2 ans et demi, est admis dans le service de M. de Saint-Germain, à l'Hôpital des Enfants-Malades, le 8 novembre 1883.

Enfant vigoureux, atteint de rachitisme classique, avec très grande prédominance au niveau du tiers inférieur des tibias. Les deux jambes forment la parenthèse, et, de plus, présentent une courbe à convexité antérieure et interne très prononcée surtout à gauche : l'écartement entre les deux tibias est de 6 centimètres. Le rachitisme donne à l'enfant une démarche embarrassée.

1er décembre. Ostéotomie linéaire du tibia gauche avec l'ostéotome. Pansement de Lister et appareil plâtré.

Le 20. Il n'y a pas eu la moindre réaction inflammatoire après l'opération.

Le plâtre enlevé, on trouve la plaie fermée et l'os consolidé dans une rectitude très satisfaisante.

Obs. IX. — *Déformations rachitiques des deux tibias.* — *Ostéotomie* (L. Monnier). — Le nommé C... (Georges), âgé de 3 ans, entre, le 16 novembre, salle Saint-Côme, lit nº 10, hôpital des Enfants-Malades, service du Dr de Saint-Germain.

Enfant assez chétif, présentant une déformation rachitique des deux tibias, avec prédominance à gauche : elle consiste en une incurvation à convexité antérieure et interne, dont le maximum est à la réunion du tiers moyen avec le tiers inférieur.

L'ecartement entre les deux tibias est de 10 centimètres.

Le 20. Ostéotomie linéaire, avec l'ostéotome, du tibia gauche. Pansement de Lister et attelle externe

Le 22. Nulle réaction inflammatoire. L'écartement n'est plus que de 6 centimètres.

Pansement de Lister et bande plâtrée.

Le 24. Ostéotomie linéaire du tibia droit.

Même procédé de pansement.

Le 15. Les plâtres sont enlevés. Réunion et consolidation parfaites. L'écartement est réduit à 5 centimètres.

Obs. X. — *Genu valgum double.* — *Ostéotomie sus-condylienne* (L. Monnier). — Le nommé Br... (Louis), âgé de 7 ans, entre, le 19 novembre 1883, à l'hôpital des Enfants-Malades, service de M. de Saint-Germain.

C'est un jeune garçon, assez malingre, atteint de deux genu valgum. Les fémurs participent à peine à la déformation ; elle est due à une déviation en dehors et en bas des tibias.

Le 20. Ostéotomie linéaire, à l'aide de l'ostéotome appliqué sur le bord externe du fémur. L'opération est assez laborieuse.

Pansement de Lister ; attelle et coussin externe.

Le 22. Nulle réaction, bande plâtrée.

Le 24. Ostéotomie du côté opposé. Appareil plâtré.

La marche est très gênée.

Le 28. De la douleur, accompagnée de fièvre, force à enlever l'appareil plâtré à droite. La plaie est réunie profondément ; il n'existe pas de gonflement manifeste.

On remet un plâtre.

5 décembre. Le malaise a beaucoup empiré. Un empâtement est survenu à la racine du membre. Le plâtre enlevé, on constate un vaste phlegmon de la cuisse droite. Incision au niveau de la plaie, lavage et pansement de Lister.

Le 7. L'écoulement se fait mal. Drainage et gouttière de Bonnet.

Le 17. L'amélioration est survenue assez rapidement à la suite du drainage. La fracture paraît consolidée.

Le 23. On enlève le plâtre à gauche ; là, le résultat est parfait.

Le 31. L'enfant, dont l'état général est redevenu excellent, est toujours dans sa gouttière. Le drain donne issue à peu de pus.

TRAITEMENT DU SPINA-BIFIDA PAR LES INJECTIONS IODO-GLYCÉRINÉES.

Par le Dr Moncorvo,
Professeur de clinique des maladies des enfants à la Policlinique de Rio-de-Janeiro.

Le 21 février 1883, on m'a présenté, à ma clinique, un enfant du sexe masculin, qui était né deux heures auparavant. Cet enfant était venu au monde au huitième mois de la vie intra-utérine ; cette naissance prématurée expliquait son médiocre développement général et son profond état de faiblesse.

Le nouveau-né présentait, à la partie inférieure et postérieure du tronc, une tumeur globuleuse et proéminente.

L'examen, auquel je procédai immédiatement, me donna les résultats suivants :

L'enfant avait l'aspect et le développement d'un fœtus de huit mois tout au plus. La température de la peau était plus basse que la normale (T. rectale : 36°).

Les mouvements respiratoires avaient peu d'ampleur et étaient assez lents; les battements du cœur étaient faibles et peu fréquents.

L'enfant restait inerte et presque entièrement immobile; c'est à peine si les provocations les plus vives pouvaient en tirer quelques vagissements.

Les os du crâne étaient assez écartés, et la fontanelle antérieure offrait une déhiscence considérable.

La sensibilité générale était très affaiblie, en particulier aux membres inférieurs, qui se maintenaient en demi-flexion. Les jambes étaient pliées sur les cuisses et les cuisses sur le ventre; il était tout à fait impossible de les étendre, à cause de la contraction de leurs muscles fléchisseurs et de la raideur articulaire des genoux.

Les pieds étaient tous les deux en varus équin et les os des jambes paraissaient avoir subi un mouvement de torsion, la face interne de chaque jambe regardant la partie postérieure et externe, tandis que l'externe regardait la partie antérieure.

Cet enfant ne faisait aucun mouvement avec ses membres abdominaux, même lorsqu'il y était incité.

Les mouvements réflexes du membre inférieur étaient également abolis.

La tumeur siégeait à la région sacro-lombaire, au niveau des dernières vertèbres lombaires. Elle était d'une forme arrondie, de quatre centimètres de diamètre environ, sessile, fluctuante en presque toute son étendue et devenait plus proéminente lorsque l'enfant faisait des efforts pour pleurer. La peau qui revêtait la tumeur était violacée; cette coloration était plus accentuée vers le sommet. En ce point, elle était plus mince, un peu érodée; et on y apercevait même quelques pertuis, à travers lesquels suintaient quelques gouttelettes d'un liquide filant et limpide. La perte de ce liquide était exagérée par la pression exercée sur la tumeur; mais la compression ne semblait éveiller chez l'enfant aucune douleur.

Je portai immédiatement le diagnostic de *spina-bifida* avec tendance à la perforation de la tumeur, sur laquelle j'appliquai aussitôt plusieurs couches de collodion résorciné et, pardessus, une large compresse de ouate phéniquée, en mettant ensuite un bandage circulaire, de façon à produire méthodique-

ment une faible compression, tout en préservant les parties des violences extérieures.

Jusqu'au 13 mars, tout le traitement a consisté dans le renouvellement des couches de collodion résorciné et dans la compression méthodique,

Au sixième jour le liquide céphalo-rachidien ne suintait plus; les parois de la tumeur paraissaient plus tendues, et elles étaient lisses, sans érosions.

L'état général de l'enfant paraissait, aussi, amélioré, grâce à l'allaitement maternel. Il faisait déjà quelques mouvements avec les membres abdominaux, et la sensibilité douloureuse se montrait plus accentuée, en particulier lorsqu'elle était provoquée par un courant faradique. L'exploration électrique, au moyen de ce courant, n'éveillait pourtant aucune réaction appréciable de la part des muscles des cuisses et des jambes, même lorsqu'on augmentait l'intensité du courant. L'émission des urines aussi bien que la défécation s'opérait d'une façon régulière, et les produits excrétés n'offraient rien d'anormal.

L'enfant tetait assez bien; il se tenait très calme pendant la journée et avait, la nuit, un sommeil prolongé et tranquille.

Devant cet état général si favorable et en raison du siège qu'occupait la tumeur, je pris le parti d'intervenir chirurgicalement en recourant à l'emploi de l'injection iodo-glycérinée, d'après la méthode de James Morton, de Londres,

L'opération a été pratiquée le 15 mars, au domicile même de l'enfant, avec l'assistance de mon chef de clinique, M. A. Barreto et de mon élève distingué M. Vieira de Mello.

L'enfant n'a point été soumis à la chloroformisation et le procédé employé a été le suivant.

Faisant pénétrer un petit trois-quarts dans la partie la plus élevée de la tumeur, un peu à droite de la ligne médiane, par la canule, j'ai extrait trois centimètres cubes environ du liquide céphalo-rachidien, et ensuite j'ai injecté, à travers la même canule, deux centimètres cubes d'une solution iodée, d'après la formule suivante :

Glycérine................ 30 grammes.
Teinture d'iode........... 50 centigr.
Iodure de potassium....... 1 gr. 50.

L'enfant qui, au moment de la ponction, restait tranquillement sur les genoux de sa mère, se mit à crier assez fort à l'occasion de la pénétration du liquide de l'injection ; mais il n'eut ni convulsions, ni secousses.

Vingt minutes environ après l'opération, il était assez tranquille et ne paraissait plus éprouver de souffrance.

Aussitôt que j'ai retiré la canule, j'ai fait tout de suite l'application d'une épaisse couche de collodion résorciné, j'ai mis, par-dessus, une compresse de ouate phéniquée et finalement un bandage de corps, de façon à exercer sur la tumeur une compression méthodique.

Le petit opéré a pris une potion au bromure de potassium, qui lui devait être administrée jusqu'au lendemain.

16 *mars*. L'enfant a dormi tranquillement presque toute la nuit et n'a pas paru souffrir pendant tout le reste de la journée précédente. Pas d'abaissement de la température qui était à 37° au moment de ma visite.

L'enfant a toujours teté et avalé sans la moindre difficulté. Il a des selles normales et les urines sont irréprochables.

La tumeur paraît avoir une plus forte densité et être plus proéminente.

Aucune réaction inflammatoire appréciable ne se produit.

La pression qu'on exerce au niveau de la tumeur fait pleurer l'enfant, qui continue à exécuter des mouvements spontanés avec les membres inférieurs.

17 *mars*. Aucune modification de l'état général. Toutes les fonctions s'exercent assez régulièrement. La densité de la tumeur semble avoir augmenté.

On maintient le même pansement.

21 *mars*. L'enfant a de la fièvre dès le matin. T. 38°,2. A neuf heures du matin, il est pris de convulsions, la face devenant assez rouge.

Plus tard, le relâchement musculaire et la résolution des membres succèdent aux convulsions.

La tumeur n'offre rien de nouveau.

Comme elle est recouverte d'une épaisse couche de collodion, je crois bien faire de n'y pas toucher pour éviter toute sorte de secousses.

La pression exercée sur la poche ne fait plus crier l'enfant.

La densité de la tumeur paraît pourtant être restée la même. Je fais administrer 50 centigrammes de sulfate de quinine (à prendre en une seule fois) et la potion suivante :

Eau distillée	60 grammes.
Teinture de digitale............	8 gouttes.
Bromure de potassium...........	4 grammes.

M. s. a.

Deux cuillerées à café toutes les demi-heures.

22 *mars.* Les convulsions ont reparu, la nuit précédente, avec une violence plus grande.

L'enfant, qui a eu toujours une fièvre assez intense, succombe à minuit.

Malheureusement, l'autopsie n'a pu être pratiquée, à cause de l'opposition obstinée des parents.

On n'est point autorisé à déduire de ce cas que la mort ait été la conséquence nécessaire de l'intervention chirurgicale. Cette observation montre que, pendant les cinq jours consécutifs à l'opération, pas un seul accident, même le plus léger, ne s'est présenté; toutes les fonctions se sont accomplies régulièrement, et l'enfant est toujours resté calme.

Rien ne s'était présenté d'extraordinaire, tant au moment de l'opération qu'après celle-ci, si ce n'est quelques marques de souffrance à l'occasion de la pénétration du liquide de l'injection. Encore tout s'était borné à une sensation douloureuse qui n'a pas été de longue durée, l'enfant ayant recouvré peu après son calme habituel.

J'avais donc de bonnes raisons pour concevoir quelque espoir de succès, quand les accidents fébriles et convulsifs sont venus mettre fin à l'existence de mon petit malade.

La fréquence des accidents convulsifs à cette période de la vie et la réaction fébrile qui s'est présentée avec ces derniers ne permet pas de les considérer comme des effets de l'opération, surtout à ceux qui ont étudié attentivement au Brésil les formes multiples et protéiques de l'impaludisme anomal. Ceux qui connaissent par expérience cet insidieux adversaire ne seront pas éloignés d'admettre, dans l'espèce, l'hypothèse d'une complication de cette nature, c'est-à-dire d'un accès pernicieux, pour expliquer les phénomènes survenus, d'une façon aussi imprévue chez mon petit opéré.

Malheureusement, je l'ai déjà dit, l'autopsie n'a pu venir élucider ce point si plein d'intérêt, dans le cas en question.

On peut enregistrer un fait, en faveur de l'opération, c'est que l'enfant a vécu cinq jours dans des conditions de bien-être et de calme susceptibles de me faire espérer ainsi qu'à mes aides une innocuité complète de notre intervention à défaut d'une complète guérison.

Jusqu'à une époque bien rapprochée de nous, les observateurs divergeaient extrêmement au sujet de la manière d'envisager l'intervention chirurgicale dans le traitement du *spina-bifida.* D'une façon générale, on peut dire que, encore aujourd'hui, il y en a peu qui osent intervenir chirurgicalement, par crainte des accidents qui ont été notés jusqu'ici, quelle qu'ait été la méthode opératoire employée.

C'est ainsi que, dans la séance du 3 mai 1876 de la *Société de Chirurgie de Paris*, à propos d'un rapport de M. Périer sur deux cas de *spina-bifida* traités par la ligature élastique par M. Mouchet, presque tous les chirurgiens présents se sont montrés peu favorables au traitement chirurgical de l'hydrorhachis. MM. Blot, Polaillon, Larrey, Guéniot, Després, Depaul et Houel se sont accordés à considérer toute opération dans le cas en question, les uns comme inutile, les autres comme dangereuse (1).

---

(1) *Union médicale*, 3e sér., t. XXI, p. 831.

Le regretté et éminent chirurgien des enfants, Giraldès, ne partageait pas tout à fait cette manière de voir ; il croyait le succès possible, mais il conseillait au chirurgien de ne pas accepter avec une foi aveugle les cas cités de guérison, car, disait-il, les insuccès sont fréquemment ensevelis dans le silence. Il était d'avis que l'on doit agir, en ces cas, avec la plus grande prudence, sans se laisser séduire par l'optimisme (1).

Les chirurgiens américains et anglais ont été un peu plus hardis sur ce point et ont essayé successivement des moyens chirurgicaux différents dans le traitement du *spina-bifida*.

Depuis Astley Cooper et Abernethy jusqu'aux contemporains, un certain nombre d'opérations heureuses semblent avoir été pratiquées dans ce but.

Je ne chercherai pas, dans ces considératious, à épuiser la liste des moyens chirurgicaux essayés jusqu'ici dans le traitement de l'hydrorhachis.

C'est ainsi que je laisserai de côté les moyens palliatifs, tels que la ponction et la compression, et, parmi les moyens radicaux, l'excision et la ligature ; je ne m'occuperai que de celui que j'ai mis en pratique chez mon petit malade : *l'injection iodée*.

Un praticien anglais expérimenté, le professeur Holmes, de Londres, abordant ce sujet dans une de ses leçons cliniques, a dit ce qui suit (2) : « Parmi tous les moyens employés pour traiter activement le spina-bifida, celui qui promet le plus, et qui trouve son application dans le plus grand nombre des cas, est, sans aucun doute, l'injection de teinture d'iode. »

Cette opinion a été justifiée, comme je le ferai voir, par les succès qu'ont obtenus ceux qui, d'après Holmes, ont essayé ce moyen.

(1) *Leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants.* Paris, 1869. p. 35.

(2) *Thérapeutique des maladies chirurgicales des enfants,* trad. par O. Larcher. Paris, 1870, p. 107.

Un chirurgien américain, Brainard, de Chicago, a été le premier qui, en 1847, a eu recours à l'injection iodée dans le traitement du *spina-bifida* (1). Ce professeur retirait 180 grammes environ du liquide céphalo-rachidien, qui était remplacé par une quantité égale d'une solution composée de 30 grammes d'eau, de 20 centigrammes de teinture d'iode et 30 centigrammes d'iodure de potassium. Après l'avoir laissée quelque temps en contact avec les parois du sac, il la retirait, y pratiquait un lavage avec de l'eau distillée, et réinjectait le liquide céphalo-rachidien, qui, jusqu'à ce moment, avait été conservé à la température du corps.

Brainard soumettait l'opéré à la chloroformisation et, par le moyen de la compression digitale, il essayait d'éviter la communication entre la cavité du sac et le canal rachidien.

Le premier cas de guérison a été obtenu par ce professeur du Collège médical de l'Illinois sur une jeune fille âgée de 13 ans, laquelle était idiote et paraplégique.

Le traitement a duré trois mois, pendant lesquels vingt-cinq injections iodées furent pratiquées. La guérison, d'après l'opérateur, a été complète et permanente :

La malade a recouvré l'usage de ses jambes, de façon à marcher sans appui, et un certain degré d'intelligence, pour pouvoir se conduire toute seule.

Ce brillant résultat a poussé un chirurgien français, de la Tremblay (2), à avoir recours au même moyen chez un enfant de quatorze mois, dont le *spina-bifida* avait atteint le volume de la tête d'un fœtus à terme.

Ayant essayé en vain les ponctions, la compression et même l'excision d'une partie de la tumeur, de la Tremblay s'est décidé à recourir à l'injection iodée (1 p. 4), et a obtenu, au bout de vingt-cinq jours, la guérison intégrale, par la réduction totale de la tumeur à une simple masse de tissu aplati et durci.

---

(1) *Monthly Journal* et *Bull. génér. de thérapeutique*, t. XXXV, 1848, p. 436.

(2) *Mém. de la Soc. méd. d'Indre-et-Loire*, 1848.

Deux ans après, Chassaignac présentait à la Société de chirurgie de Paris une observation de *spina-bifida* guéri chez un enfant de deux mois, au moyen de l'injection iodée. Trois semaines après l'opération, la tumeur s'était réduite à une petite saillie de la peau, grippée et indolente (1). Chassaignac avait été particulièrement encouragé, pour cette intervention, par le succès obtenu par Velpeau, chez un enfant de quatre mois, apporté à l'hôpital de la Charité avec un *spina-bifida*, siégeant, comme dans le cas précédent, à la région lombaire.

La guérison a été complète, après six injections iodées, les trois premières dans la proportion de 1 p. 3, et les trois dernières avec la teinture d'iode pure (2).

A cette même époque, le professeur Brainard a fait devant la Société de chirurgie de Paris la lecture de trois autres observations de *spina-bifida*, guéri par les injections iodées, en y ajoutant encore deux autres succès obtenus par le même moyen thérapeutique, employé sous sa direction.

Debout, dans un intéressant mémoire sur le traitement du *spina-bifida*, a fait mention de trois observations de cette malformation traitée, en 1855, par les injections iodées. La première se rapporte à un enfant de trois mois, opéré par le Dr Robert à l'hôpital Beaujon; l'opéré ayant succombé peu après l'injection, qui, comme on l'a vu à l'autopsie, était remontée jusqu'au quatrième ventricule.

Il s'agissait dans le deuxième cas, communiqué par Serres, d'un nouveau-né de sept jours, dont la tumeur avait le volume de la tête d'un fœtus à terme et était pédiculée.

L'injection iodée a été pratiquée deux fois dans l'intervalle de quinze jours, l'enfant ayant succombé, sept jours après, avec des convulsions.

La troisième opération a été faite par Maisonneuve sur une malade de sa clientèle. La guérison s'est produite sous l'influence de l'injection iodée.

(1) *Bull. génér. de thérap.*, t. XIV, 1850, p. 65.

(2) *Bull. génér. de thérap.*, t. XLVI, 1854, p. 123.

L'enfant est devenue paraplégique, et elle est morte, le onzième mois, par suite d'une paralysie du diaphragme, diagnostiquée par Duchenne, de Boulogne.

On ne doit pas ajouter à ces derniers faits le cas de Nélaton, aussi mentionné par Debout, relatif à un enfant atteint de *spina-bifida*, chez lequel l'illustre chirurgien, après avoir fait, sans résultat, bon ou mauvais, une injection iodée, a eu recours à l'excision et à la suture (1).

En 1860, un nouveau succès par les injections iodées dans le traitement du spina-bifida a été publié par Viard (2).

De nouveaux cas heureux ont été aussi enregistrés en 1867: l'un en Angleterre, par Coats (3), et deux en France, par Caradec, de Brest (4). Ce chirurgien s'est déclaré partisan des injections répétées à un degré ascendant de concentration et à de petites doses chacune.

T. Smith, cité par Holmes, a noté un succès, dû à l'injection d'une goutte de teinture d'iode.

Ce dernier opérateur dit avoir eu recours à ce procédé dans deux cas, dont il n'a pu constater le résultat définitif, parce qu'il s'agissait de petits malades qui étaient apportés à la consultation et ne reparaissaient pas. « Je n'ai pourtant aucune raison, ajoute-t-il, de penser que le traitement leur ait été préjudiciable (5). »

En 1872, M. James Morton, chirurgien du *Royal infirmary*, de Glascow, considérant les inconvénients signalés à la suite du procédé de Brainard, jusqu'alors adopté, avec plus ou moins de modifications, s'est proposé de rectifier ce procédé à plusieurs points de vue, et il y a très bien réussi.

Tout d'abord, le procédé de Brainard a été reconnu imprati-

---

(1) *Coup d'œil sur la thérapeutique concernant le spina-bifida; son traitement par les teintures iodées*, in *Bull. génér. de thérap.*, 1858, t. LIV, p. 253.

(2) *Bull. génér. de thérap.*, t. LIV, 1860, p. 248.

(3) *Mouvement médical*, n[os] 40 et 46, 1867.

(4) *Union médicale*, 3[e] sér., t. I, 1867, p. 402.

(5) *Loc. cit.*, p. 108.

cable, par l'éminent chirurgien anglais, chez les nouveau-nés de quelques jours ou de quelques semaines, puisque c'est à peine si l'on peut injecter, dans un très petit nombre des cas, *la moitié de six onces.*

Il fait observer que la perte de la totalité ou de la presque totalité du liquide céphalo-rachidien, dont Brainard ne retirait pas moins de 180 grammes, est extrêmement dangereuse, sinon mortelle; et il condamne de plus la chloroformisation, parce que la douleur produite par l'opération étant peu intense, l'on doit écarter tout ce qui pourra affecter le système nerveux.

Une autre modification apportée par M. J. Morton, a été l'emploi de la glycérine comme véhicule de la teinture d'iode, parce que cette dernière est moins diffusible sous cette forme qu'en solution aqueuse ou alcoolique.

D'abord, il faisait précéder l'opération de ponctions exploratrices, répétées à quelques jours d'intervalle, dans le but de s'assurer préalablement de la tolérance du malade.

Plus tard, l'expérience lui a démontré l'inutilité de cette pratique et il l'a mise de côté.

Aujourd'hui, il procède de la façon suivante:

L'opération peut être pratiquée immédiatement après la naissance, à moins que quelque contre-indication spéciale se présente. Toutefois, si les enfants se trouvent dans de bonnes conditions de santé générale, il est d'avis que l'on doit attendre une quinzaine de jours, à moins d'urgence démontrée.

1° *Ponction.* — La ponction doit être faite avec un trois-quarts de calibre propre à permettre la pénétration facile, à travers la canule, d'un liquide d'injection d'une densité aussi considérable que celle de la glycérine. Le point d'élection, pour la ponction, doit se trouver un peu en dehors de la ligne médiane et le plus près possible du sommet de la tumeur, de façon à épargner autant que possible la moelle, qui se trouve d'ordinaire au centre de la poche, et à rendre plus facile l'oblitération de l'orifice de la ponction, par lequel peuvent se

produire des pertes abondantes de liquide céphalo-rachidien.

2° *Injection.* — Une fois l'injection pratiquée au point ci-dessus indiqué, on enlève les trois-quarts et on laisse s'écouler la moitié environ du liquide contenu dans l'intérieur de la poche; on y fait ensuite pénétrer le liquide de l'injection, dont la quantité doit varier entre 2 et 8 grammes.

Au moment d'enlever la canule, il convient de prendre les plus grandes précautions, pour empêcher l'entrée de l'air dans la cavité de la tumeur; dans ce but, on doit prendre, entre le pouce et l'index de la main gauche, l'orifice de la fistule artificielle, à l'issue de la canule, et mettre tout de suite à ce niveau plusieurs couches de collodion.

La formule de l'injection du Dr Charles Morton est la suivante :

Teinture d'iode........	50 centigrammes.
Iodure de potassium...	1 gr. 50 cent.
Glycérine.............	30 grammes.

La quantité à injecter doit varier d'après le volume de la tumeur.

Lorsque l'opération sera terminée, il suffira d'appliquer sur la tumeur de la charpie, ou mieux, de l'ouate phéniquée, en mettant un bandage circulaire, dans un but de protection.

Le Dr J. Morton fait remarquer qu'une seule injection suffit d'ordinaire pour produire la guérison.

L'opération pourra pourtant être répétée, — comme cela est arrivé assez souvent, — autant de fois qu'elle sera jugée nécessaire; mais il convient alors d'attendre quelques semaines avant une nouvelle intervention.

On voit donc que le procédé de M. James Morton diffère assez de ceux employés généralement avant lui : 1° par la petite quantité de liquide céphalo-rachidien extrait, n'excédant jamais la moitié du contenu du sac; 2° par la densité du liquide de l'injection qui est de 1.25 (un quart plus dense que l'eau) pour la glycérine; 3° par la dose minime de teinture d'iode, qui était employée par Velpeau et ceux qui l'ont suivi,

à parties égales, dans une solution aqueuse, ou à la proportion d'un quart au minimum.

La permanence d'une grande partie du liquide céphalo-rachidien et la faible proportion de l'iode mettent le malade plus à l'abri des accidents inflammatoires qui ont, du reste, été souvent notés après les opérations.

L'auteur du procédé en question a cru pouvoir partager en deux groupes les cas de *spina-bifida*, par rapport à l'intervention chirurgicale, d'après son procédé.

Il comprend, dans le premier groupe, les cas dont il est permis d'attendre la guérison complète, tels que les cas d'hydrorhachis, sans paralysie des membres ni du sphincter, chez des enfants dans de bonnes conditions de santé générale; dans le deuxième groupe, il comprend les cas compliqués de paralysie du sphincter et des membres, ainsi que de toutes les malformations qui s'associent d'ordinaire au *spina-bifida*.

La paralysie du sphincter et l'implantation de la tumeur sur un point assez haut de la colonne vertébrale doivent faire concevoir, en règle générale, très peu d'espoir d'un bon résultat.

De 1872 à 1876, 6 cas de *spina-bifida* ont été traités par M. James Morton, qui a enregistré 5 guérisons complètes. Le cas fatal a été consécutif à la perte du liquide céphalo-rachidien, par le manque de soins de la part des personnes chargées de surveiller l'enfant (1).

Les premiers cas heureux publiés par le Dr James Morton ont conduit d'autres chirurgiens anglais à l'imiter, et d'autres cas de guérison ont été publiés à côté de quelques insuccès.

Le Dr Wat (2), sur trois opérations de ce genre, a compté autant de résultats heureux.

Le premier était relatif à un nouveau-né d'un mois, avec *spina-bifida* lombaire ; guéri par une seule injection.

---

(1) *British med. Journ.*, av. 1872 et sept. 1876. — *The Lancet*, dec. 1876.

(2) *British med. Journ.*, ap. 1873. *Ibid.*, 1879.

Dans le second, il s'agissait d'un enfant de trois mois, avec *spina-bifida* lombaire; trois injections.

Le troisième est mort plus tard, mais pas des suites de l'opération.

Le Dr Angus, de New-Castle, a eu, lui aussi, un cas de guérison chez un nouveau-né de vingt-huit jours, affecté de *spina-bifida* lombaire; une injection (1).

J.-H. Ewart, de Manchester, a pratiqué trois injections iodées par la méthode de M. Morton et a obtenu deux guérisons : l'une chez un nouveau-né d'une semaine, avec le *spina-bifida* lombaire, moyennant trois injections iodo-glycérinées ; l'autre aussi chez un nouveau-né avec *spina-bifida* lombaire, chez lequel on a pratiqué trois injections (2).

Le Dr Berry, de Wigan (3), a eu recours avec succès à ce même procédé, chez un enfant de trois mois, dont la tumeur siégeait à la région lombaire. Après la guérison, le petit malade a succombé par suite d'un vice d'alimentation ; ayant été soumis à l'allaitement artificiel par le biberon.

Un autre chirurgien anglais, le Dr Burton, a eu recours de son côté à l'injection iodo-glycérinée, chez un nouveau-né portant une paralysie du sphincter et dont la tumeur siégeait à la région dorso-lombaire.

Le résultat a été négatif, comme du reste l'on devait s'y attendre, dans des conditions aussi défavorables.

Les Drs Rosebrugh (4), A. Pearce Could (5), B. Tiersch, de Berlin (6), ont fait mention chacun d'un cas de guérison de *spina-bifida* par les injections iodées.

A côté de ces résultats heureux, le Dr Cheever, de Boston (7),

---

(1) *British med. Journ.*, av., 1875.
(2) *Liverpool and Manchester Hospital Repports*, nov. 1874, *ibid.*, 1875.
(3) *The Lancet*, 1876.
(4) *Medical Times and Gazette*, v. II, p. 579.
(5) *British med. Journ.*, fév. 1878.
(6) *Berliner Klin Wochenscr.*, oct. 1881.
(7) *Rep. of the City hosp. of Boston*, 3e sér., p. 158.

a publié l'observation d'un enfant opéré, chez lequel la mort a eu lieu au bout de dix-huit heures.

D'après le tableau ci-dessous des injections iodées pratiquées pour le traitement du *spina-bifida*, dont j'ai pu prendre connaissance depuis 1847 jusqu'à présent, on voit que, sur 36 opérations, soit par le procédé de Brainard, soit par celui de M. J. Morton, on ne compte rien moins que 30 guérisons, le nombre des insuccès n'excédant ni ne s'élevant pas à plus de six.

Opérateurs.	Opérations.	Guéris.	Morts.
Brainard........	6	6	»
Tremblay (de la)......	1	1	»
Chassaignac.........	1	1	»
Velpeau.............	1	1	»
Robert..............	1	»	1
Serres..............	1	»	1
Maisonneuve........	1	1	»
Viard...............	1	1	»
Coates..............	1	1	»
Th. Caradec.........	2	2	»
F. Smith............	1	1	»
J. Morton...........	6	5	1
Wat.................	3	3	»
Angus..............	1	1	»
J.-H. Ewart..........	3	2	1
Berry...............	1	1	»
Burton..............	1	»	1
Rosebrugh,..........	1	1	»
A.-P. Could.........	1	1	»
Tiersch.............	1	1	»
Cheever.............	1	»	1
Total........	36	30	6

En ne s'attachant qu'aux cas opérés depuis la modification apportée par le D[r] J. Morton, on voit que sur 19 enfants traités d'après son procédé, 15 ont parfaitement guéri, ce qui donne la proportion de 79 0/0.

Ce résultat est assez encourageant pour que l'on poursuive d'autres tentatives, et il se peut bien que, l'expérience suggérant de nouvelles modifications du procédé J. Morton, ce procédé devienne encore plus inoffensif.

Les observations du Dr Morton et celles de ses imitateurs mettent en évidence ce fait : que l'injection iodée a presque toujours réussi lorsque la tumeur siégeait à la région lombaire, l'enfant se trouvant dans de bonnes conditions générales, sans paralysie du sphincter, sans d'autres complications graves, comme l'hydrocéphalie, la paraplégie, etc.

Je pense avec Giraldès que quelques-uns des insuccès n'ont pas été livrés à la publicité, mais d'autre part, les guérisons enregistrées ne sont pas, comme l'on a vu, en petit nombre.

Les contre-indications ou mieux les objections formulées contre l'intervention chirurgicale dans le traitement de l'hydrorhachis peuvent se diviser en deux groupes : 1° contre-indications tirées de la nature du mal; 2° contre-indications tirées des dangers qu'offre l'opération. Dans le premier cas, l'on insiste sur la terminaison presque fatale de la maladie, sur les lésions existantes et presque incurables de la moelle, sur les troubles profonds de l'innervation qui en résultent. Dans le second cas, on a en vue les conséquences dangereuses des moyens chirurgicaux, telles que le shock, la méningo-myélite, etc.

Il n'y a personne qui puisse contester d'une part la gravité de l'hydrorhachis et de l'autre les dangers que présentent les opérations de toute sorte appliquées à la cure de cette affection, mais il me semble que l'on doit trouver blâmable le procédé de ceux qui s'abstiennent systématiquement d'intervenir, quand on connaît des exemples, en assez grand nombre déjà, d'individus qui ont atteint l'âge de 20 ans et même plus, malgré cette malformation. A l'appui de l'intervention viennent, d'ailleurs, les faits ci-dessus mentionnés de guérison par les injections iodo-glycérinées.

Tous ces faits prouvent non seulement que le *spina-bifida* n'aboutit pas fatalement à la mort, mais encore que, parmi

les moyens chirurgicaux, il y en a un capable de faire disparaître le mal.

En publiant cette observation du premier cas, que je sache, opéré au Brésil par le procédé du Dr Morton, je n'ai pas eu d'autre but que d'attirer l'attention de mes confrères sur un moyen d'une valeur réelle, en faisant observer que la malformation à laquelle il est appelé à remédier est bien plus fréquente qu'on ne le croit. Je ne crains pas d'affirmer cette fréquence, bien que je ne possède pas les éléments nécessaires pour la comparer à celle des autres malformations congénitales, comme le bec-de-lièvre et le pied bot. En Europe, Chaussier disait que le spina-bifida est la malformation la plus commune après celles que j'ai nommées.

Je ne peux rien dire de positif sur la relation de causalité qui a ou n'a pas existé dans le cas que j'ai rapporté entre l'intervention chirurgicale et la terminaison fatale, mais même en admettant cette relation, il reste hors de doute que l'opération n'a été accompagnée d'aucun accident immédiat. L'état général de mon petit opéré, sa naissance avant le terme de la gestation, le milieu assez peu hygiénique dans lequel il vivait, étaient autant de circonstances qui mettaient en péril sa viabilité en général, soit indépendamment de l'opération, soit pendant ou après l'opération elle-même.

Les nombreux succès remportés par la méthode de J. Morton lui donneraient d'ailleurs des droits sérieux à être appliquée de nouveau, quelle que soit l'opinion qu'on conserve en définitive du cas que j'ai rapporté et de sa terminaison.

REVUES DIVERSES

Statistique des cas de diphthérie observés à l'hôpital Trousseau pendant l'année 1883, par M. Florand, interne des hôpitaux. — Le pavillon d'isolement Bretonneau a reçu, pendant l'année 1883, 606 enfants atteints de diphthérie (angine ou croup), qui se décomposent de la façon suivante :

165 angines ;
359 croups opérés ;
82 croups non opérés.

Total : 606.

Les médecins de l'hôpital Trousseau ont occupé le pavillon à tour de rôle de deux en deux mois. Nous présenterons successivement la statistique de chaque service, telle qu'elle nous a été fournie par les internes.

Service de M. Cadet de Gassicourt. — *Statistique par* MM. Davier et Carron, internes du service, mois de janvier et de février. — Il est entré, pendant les deux derniers mois de l'année, 105 malades qui se décomposent en 24 angines et 81 croups.

Les 24 angines ont fourni 14 guérisons et 10 morts, dont 2 par infection, 4 par paralysie et 4 par suites de rougeole.

Les 81 croups ont fourni 33 guérisons et 48 morts ; 71 enfants ont subi la trachéotomie, 47 sont morts, dont 44 par broncho-pneumonie, 2 par infection et 1 par accident. 24 opérés sont sortis guéris. Il en résulte une proportion de 33 1/2 p. 100 pour les opérés et un résultat général de 44,76 p. 100 de guérisons.

Mois de juillet et août. — Il est entré pendant ces deux mois, 76 enfants atteints de diphthérie, dont 19 angines et 57 croups.

Sur les 19 angines on a obtenu 10 guérisons ; 9 enfants sont morts, dont 6 d'angine toxique, 2 de paralysie et 1 de bubon scarlatineux.

Sur les 57 croups, on a obtenu 33 guérisons et 24 morts seulement.

Sur les opérés au nombre de 43, 22 sont sortis guéris, 21 sont morts dont 2 de paralysie diphthérique, 6 par infection, 13 par broncho-pneumonie ou suites de rougeole.

Les opérés ont donc donné pendant ces deux mois 51 guérisons pour 100, et la proportion totale a été de 56 guérisons pour 100 malades.

Service de M. d'Heilly. — *Statistique par* MM. Durand-Fardel et Florand, internes du service, mois de mars et d'avril. — Il est entré au pavillon Bretonneau, pendant ces deux mois, 96 enfants atteints de diphthérie, dont 21 avec angine et 75 avec croup.

Les angines ont fourni 14 guérisons et 7 morts.

Sur les 75 croups, 64 ont été opérés et ont donné 41 morts et 21 guérisons, soit une proportion de 33,5 guérisons pour 100 opérés.

Sur les 41 enfants qui ont succombé, 2 sont morts d'accidents opératoires, les autres de broncho-pneumonie, d'infection et de suites de rougeole.

Mois de septembre et d'octobre. — Il est entré pendant ces deux mois, 86 enfants atteints de diphthérie, dont 25 angines et 61 croups.

Sur les 25 angines il y a eu 15 guérisons et 10 morts.

Sur les 61 croups, 53 ont subi l'opération de la trachéotomie, 16 ont été guéris, 38 sont morts, dont 8 par suites de rougeole.

Il en résulte une proportion totale de 30 opérés guéris sur 100.

Service de M. Triboulet. — *Statistique fournie par* MM. Renault et Lubet-Barbon, internes du service, mois de mai et de juin. — Il est entré, pendant ces deux mois, 99 enfants atteints de diphthérie, se décomposant en 37 angines et 62 croups.

Sur les 37 angines, 17 enfants sont sortis guéris, 3 sont morts de paralysie, 18 ont succombé à l'infection générale, parmi lesquels 7 dans les vingt-quatre heures qui ont suivi leur entrée ; 13 ont eu du coryza diphthérique.

Sur les 62 croups avec ou sans angines, 47 ont été opérés et ont donné 38 morts et 9 guérisons, ou une proportion de 19 p. 100 d'opérés guéris.

Sur les 38 morts, 6 ont succombé quelques heures après l'opération, 1 est mort de paralysie, 5 de suites de la rougeole, 1 de suites de la scarlatine, 8 de diphthérie grave.

Mois de novembre et de décembre. — Il est entré, pendant les deux derniers mois de l'année, 144 enfants atteints de diphthérie, se décomposant en 39 angines et 105 croups.

Les 39 angines ont fourni 30 guérisons et 9 morts.

Sur les 105 croups, 81 ont été opérés, 20 sont sortis guéris et 61 sont morts, soit une proportion totale de 25 opérés guéris sur 100.

Si nous résumons et additionnons ces statistiques, nous voyons que sur 165 angines, il a été obtenu 100 guérisons et 65 morts, soit une proportion de 60 guérisons pour 100.

Les 359 croups opérés ont donné 244 décès et 115 guérisons, soit une proportion totale de 32 guérisons pour 100 opérés.

Cette statistique qui est, croyons-nous, la plus satisfaisante qui ait été obtenue à l'hôpital Trousseau depuis de nombreuses années, offre d'autant plus d'intérêt, que les internes de l'hopital ont, avec l'approbation de leurs chefs de service, l'habitude d'opérer dans tous les cas où un enfant, si gravement atteint qu'il soit, est encore susceptible de supporter l'opération.

C'est ainsi que sur les 359 enfants opérés, il faut compter environ 40 croups morbilleux et 30 croups ayant atteint des enfants âgés de

moins de deux ans, et sur les 115 enfants guéris après opération, il y a eu : 1 enfant de 13 mois ; 3 enfants au-dessous de 20 mois ; 2 petits malades atteints de croup morbilleux.

Les croups qui sont morts sans avoir subi la trachéotomie étaient accompagnés d'angines hypertoxiques et ont succombé quelques heures après leur entrée.

On some kinds of albuminous and purulent urine in children. (Urine purulente ou albumineuse chez les enfants). Communication faite à la 51e réunion annuelle de la *British med. Associat*, à Liverpool, par le Dr SAMUEL-J. GEE. (*Brit. med. Journ.*, nov. 17, 1883).

On trouve quelquefois de l'albumine, du pus, du sang dans l'urine des enfants, là où il n'y a pas d'autres raisons pour soupçonner une maladie des organes urinaires. Il est rare que le sang dans l'urine échappe à l'attention, mais le pus peut facilement se dissimuler, quand surtout l'enfant urine dans des langes. Quant à l'albumine, il faut la chercher pour la trouver. Aussi est-ce une conduite très sage que d'examiner l'urine de tous les enfants.

L'urine, sauf le cas de mélange avec des liquides vaginaux ou vulvaires, devient purulente dans la vessie à la suite d'une cystite, d'une pyélite ou d'une néphrite ulcérative. Elle peut être purulente temporairement ou chroniquement.

Le Dr Gee rapporte deux cas d'urine temporairement purulente :

Une petite fille, âgée de 9 mois, est atteinte de fièvre. On trouve du pus dans son urine. Cet état de choses a duré pendant quelques semaines. L'enfant, complètement guérie, n'a plus rien dans son urine, à l'âge de 4 ans.

Une petite fille de 2 ans 1/2 est entrée à l'hôpital des Enfants-Malades, avec la fièvre et des symptômes de cystite. Peine à la miction. Miction fréquente. La maladie remonte à onze jours. Son état général était déprimé. L'urine était jaune pâle, alcaline, légèrement albumineuse, avec un sédiment floconneux, formant un quart de la masse totale, constitué par du mucus et des corpuscules de pus. Pas de *tubuli*. Pas de signes de calculs. Entrée le 15 juin. L'urine fut trouvée claire le 23 septembre et l'enfant sortit guérie le 3 octobre, mais elle succomba à une bronchite 18 mois après. A l'autopsie, on trouva la vessie dilatée, avec parois minces, la membrane muqueuse intacte.

Traitement conseillé dans les cas d'urine temporairement puru-

lente — lait et farineux, benzoate d'ammoniaque et *pareira brava*.

Quand l'urine reste purulente pendant plus de quelques semaines, la question d'affection tuberculeuse ou calculeuse se pose.

Die seitlichen Verkrümmungen am Knie und deren Heilungs-methoden (Les déviations latérales du genou et leurs méthodes de traitement), par le Dr MIKULICZ. (*Suite et fin.*) (1).

Pour Mikulicz, c'est l'état des cartilages épiphysaires qui joue le rôle prépondérant. Les professions qui forcent à se tenir debout n'occupent pas une place aussi essentielle dans l'étiologie. Dans 20 cas, sur 90, cette cause n'existe pas et ce sont les cas les plus prononcés. Dans les cas où cette cause se rencontre, les plus nombreux sont parmi les boulangers et les ouvriers de fabrique ; viennent ensuite les menuisiers, les serruriers, les tourneurs et les garçons d'hôtel.

Traitement. — La correction ne devra être faite ni à l'articulation, ni à l'épiphyse, mais à la limite de la diaphyse du fémur ou du tibia, selon que c'est l'un ou l'autre de ces os qui est le siège principal de la déviation, ou à la limite de la diaphyse des deux os.

La méthode du *redressement graduel* sera toujours préférable, mais le *redressement brusque* peut être indiqué à tout moment par l'insuffisance des moyens contraires.

Deux points rendent les conditions du traitement mécanique du genu valgum plus favorables chez l'enfant que chez l'adulte : la flexibilité beaucoup plus grande des os, encore augmentée par le processus rachitique et la grandeur relative du diamètre transversal des épiphyses. Cette dernière circonstance fait que les ligaments, spécialement le ligament latéral externe, sont beaucoup moins exposés à l'influence fâcheuse de la traction.

« A notre clinique, dit Mikulicz (celle de Billroth), il n'a jamais été question d'ostéotomie. Les méthodes employées sont le redressement graduel et le redressement forcé. »

REDRESSEMENT GRADUEL. — Méthode d'Andry : *Une attelle droite rembourrée est appliquée à la face externe du membre*, le trochanter et la malléole servent de points d'appui; tout le membre ainsi que le genou est attiré vers l'attelle par des tours de bande. Inconvénient. Le membre se soustrait très facilement à la traction par une rotation dans

(1) V. la *Revue mensuelle des Maladies de l'Enfance* du 1er janvier 1884.

tout le bandage et une légère flexion dans le genou. — *Appareil plâtré :* a l'avantage de fixer le pied et quelquefois aussi le bassin. Il est renouvelé à de courts intervalles et, chaque fois, on doit attendre une légère amélioration de position, au moyen d'une attelle externe. On obtient ainsi sûrement des guérisons. Désavantages : excoriations et immobilisation prolongée. Ces deux désavantages sont évités par des : — *Appareils orthopédiques* qui prennent, à tout le pied et au bassin ou du moins au pied et au trochanter, leurs points fixes réunis par une attelle externe, immobile au genou. L'*obstacle à la flexion sur le genou et à la rotation dans l'appareil* est la condition essentielle qu'il doit remplir pour être utilement employé.

Le REDRESSEMENT FORCÉ est plus prompt (méthode de Delore). Cette méthode n'est pas dangereuse. Dans aucun cas, l'opération n'est suivie de réaction locale ou générale considérable. L'appareil plâtré est supporté sans inconvénients.

Le redressement forcé produit le plus souvent, surtout chez les enfants, un décollement des épiphyses. Chez les demi-adultes, on observe aussi une rupture des ligaments latéraux, qui se laissent distendre chez les enfants. Dans quelques cas, il se fait une fracture de la diaphyse fémorale.

Delore ne fait pas le redressement du membre en un temps : il couche le malade sur le côté de la déviation ; le trochanter sert de point d'appui et l'extrémité inférieure de la jambe est maintenue par un aide à 10 centimètres environ du plan sur lequel elle repose. L'opérateur exerce de petites secousses sur le condyle interne, qui fait saillie jusqu'à ce que la correction soit produite.

Le décollement des épiphyses est l'effet le plus favorable que puisse produire le redressement forcé. La fracture, au-dessus de la ligne épiphysaire du fémur est presque aussi favorable. La rupture du ligament latéral externe l'est moins; elle n'a pourtant pas de conséquences durables, mais retarde seulement la guérison.

Le traitement consécutif est celui d'une fracture simple, dans les deux premiers cas. Après la consolidation, la déviation est complètement guérie. S'il y a une mobilité latérale dans le genou, il faut porter pendant quelques temps un simple appareil à soutien.

Ainsi pour les enfants, dans tous les cas où un traitement mécanique est indiqué, il y a à choisir seulement entre l'appareil orthopédique et le redressement forcé.

Pour le traitement général il faut fortifier le squelette et le système musculaire ; nourriture saine, air frais, exercice au grand air.

Du genu valgum et de l'ostéoclasie (communication faite à la *Société de chirurgie* (séance du 2 janvier 1884), par M. le Dr L. A. de Saint-Germain. — Messieurs, avant d'évoquer de nouveau la question des moyens de redressement dans les déviations du membre inférieur, qui a occupé vos séances des 12 et 19 décembre, à la suite des présentations faites par MM. Polaillon et Gillette, j'aurais peut-être à m'excuser de venir rouvrir une discussion close, si, dans les sujets qui nous occupent, une discussion close pouvait jamais être considérée comme terminée.

Devant la *Société de chirurgie* la parole est acquise en principe aux faits nouveaux ou, au moins, nouvellement observés. J'apporte quelques-uns de ces derniers et je vous demande la permission de vous en entretenir.

Dissipons d'abord quelques confusions de langage. La question du redressement dans le genu valgum est d'une très grande complexité : elle embrasse les déviations rachitiques du membre inférieur chez les enfants (*genu valgum rachiticum infantium*), que Hueter oppose au *genu valgum staticum adolescentium*, quoique les adolescents, comme les sujets même de l'âge avancé, soient affectés souvent aussi de déviations consécutives au rachitisme de leur premier âge ou même à un rachitisme actuel, qu'il a plu à la nosologie d'écarter de la question, en créant, pour les adultes, l'ostéomalacie, inventée par Velpeau.

Les procédés de redressement, applicables au genu valgum, semblent, en outre, avoir à répondre de leur efficacité, à l'égard des déviations dues à des causes entièrement dissemblables, comme les ankyloses articulaires des tumeurs blanches, les cals vicieux et même le genu valgum paralytique, comme celui que notre collègue M. Després nous a montré, à l'appui de son dire que le genu valgum était, dans quelques cas, entièrement curable par l'électricité.

Que dire de cette appellation de *genu valgum*, sous laquelle des déviations d'origine et de siège si divers, viennent se confondre, heureuses encore d'être débarrassées de théories et de questions, plutôt éteintes que résolues, remontant à l'époque où la ténotomie régnait sur la chirurgie, comme l'antisepsie y règne à présent, théo-

ries et questions relatives à l'origine ligamenteuse, musculaire ou osseuse du genu valgum.

Si nous passons au traitement, les mots ordinairement usités : *redressement graduel, lent; redressement brusque, forcé*, nous invitent aussi à la confusion. Pour moi, il n'y a pas de redressement qui ne soit forcé, c'est-à-dire qui ne demande une certaine dépense de force; il n'y en a pas un qui ait le droit d'être brusque et de s'en vanter; il n'y en a pas un qui ne soit graduel; fût-il accompli en une séance et au prix d'une fracture; il n'y en a pas un qu'on doive se résigner à pratiquer lentement, si l'on peut y arriver autrement. Telle est la règle de ma conduite. Si l'os plie (tout à l'heure je dirai comment et quand il plie), je le redresse par des pressions manuelles. S'il résiste à des pressions vigoureuses, je réitère ces pressions, en les rendant plus énergiques et en les combinant avec un porte-à-faux, et je le romps. S'il m'est impossible de le rompre, j'ai recours à l'ostéotomie que notre collègue, M. Lucas Championnière a eu raison de vous présenter comme une opération dépendant singulièrement de la façon dont elle est faite. Dans aucun cas, je n'ai recours aux machines, aux ostéoclastes, comme celui de Collin, à Paris, de Robin, à Lyon. Je ne m'en sers pas parce que mes mains me suffisent; parce que ces mains, tout en me servant, me renseignent et me guident, au lieu de me dévoyer, parce que, même armées de l'ostéotome, du ciseau et du maillet, elles sont les organes de mon tact, de ma volonté et de mon jugement. Ces moyens m'ont suffi pour les enfants. Tout est là pour moi. Je ne parlerai donc que de l'enfance et des opérations qui lui sont propres, laissant à mes collègues chargés des hôpitaux d'adultes, le soin de s'entendre au sujet des opérations qui regardent ces derniers.

Etant donné le point de vue exclusif de l'enfance, il en résulte que je vise surtout les déviations rachitiques du membre inférieur, si communes à cet âge (genu valgum proprement dit; courbures tibiales antérieures, antéro-externes, antéro-internes). Je me réserve, par rapport à l'extension qui pourrait être faite de mes conclusions au redressement du cal vicieux ou de l'ankylose articulaire chez les enfants, question à part, selon moi, dans laquelle il faut tenir grand compte de l'influence des diathèses et sur laquelle je ne me sens pas entièrement prêt à me prononcer.

Un mot d'abord sur la fréquence des déviations rachitiques dans l'enfance. Elles sont relativement fréquentes à la consultation de

l'hôpital ou à la consultation du bureau central et rares dans la clientèle de ville.

J'ai constaté sur le registre spécial, tenu à cet effet à la consultation orthopédique du bureau central, que les déviations rachitiques du membre inférieur ont été l'objet de 727 traitements, depuis le 3 novembre 1875 jusqu'au 30 octobre 1883, ce qui donne, le chiffre total des traitements inscrits au registre étant de 1053, un chiffre de 70 0/0 au profit des déviations rachitiques.

Il paraît que certaines villes de France, Lyon par exemple, y sont plus sujettes que Paris. Lyon, en effet, est comme Londres, Manchester, Perth et Glasgow, dans le Royaume-Uni; Turin et Milan, en Italie, une des forteresses du rachitisme.

Pourquoi le rachitisme est-il si rare dans la clientèle civile? C'est parce que le rachitisme est un mal de misère et que les classes aisées paraissent devoir y échapper. Elles lui payent pourtant un certain tribut, quand des erreurs commises dans la nourriture des enfants du premier âge les fait tomber dans la misère physiologique.

J'ai redressé dernièrement une petite fille de huit mois qui me paraît un type de ce dernier groupe. Elevée au sein par sa mère jusqu'à l'âge de trois mois et prospérant au mieux, elle avait été soumise brusquement à l'allaitement artificiel, tentative bientôt suivie d'une gastro-entérite grave qui a duré jusqu'à l'âge de cinq mois. A cinq mois, une courbure antéro-latérale externe se manifesta sur les deux tibias; quand je la vis, elle avait une distance de huit centimètres entre les deux crêtes. Après lui avoir fait rendre une bonne nourrice, je la redressai manuellement, sans difficulté. Le redressement confirmé par une attelle coussinée et une bande roulée, a été vérifié plusieurs fois, pendant une quinzaine de jours, et complété par des manipulations appropriées. Après quoi j'ai renvoyé l'enfant complètement droite, munie d'un appareil à tuteurs, en recommandant qu'on ne se pressât pas de la faire marcher.

J'entends ce qu'on va me dire. *Cette enfant était-elle rachitique?* Elle l'était évidemment de par l'étiologie de son affection, de par les symptômes gastro-intestinaux qui en ont ouvert la marche, de par ses antécédents familiaux. Son frère aîné, soumis aux mêmes écarts de régime, dans sa première enfance, était également atteint de courbures tibiales et portait sur le crâne des signes manifestes de rachitisme.

Cette enfant aurait-elle guéri sans traitement? Notre collègue,

M. Desprès, prétend que la bonne hygiène et la bonne nourriture suffisent pour guérir les déviations rachitiques du premier âge. J'irai plus loin que lui. Je dirai que la bonne nourriture, laquelle consiste, pour l'enfant du premier âge, dans le lait d'une bonne nourrice, aurait pu prévenir les déviations dont je viens de parler. J'accorde encore qu'une nourriture, suffisante et bien appropriée, contribuera au succès de la cure décrite plus haut et que cette nourriture aurait pu, même en l'absence d'un autre moyen, mettre une différence d'ici quatre ou cinq ans entre ma petite fille et les enfants qui me sont amenés, soit à ma consultation de l'hôpital, soit au parvis. Je prescrirais au besoin aussi les phosphates, l'huile de foie de morue, le séjour à la mer, s'il est bien supporté du reste ; rien de tout cela ne sera inutile.

N'avons-nous pas eu tort d'opérer notre redressement pendant la période de ramollissement, c'est-à-dire pendant que la période active du rachitisme durait encore? Du moment que le redressement a été plus facile et que l'enfant n'en a éprouvé aucun inconvénient, j'ai eu raison d'intervenir modérément, pour éviter d'avoir à intervenir énergiquement plus tard. J'ai vu, à Milan, l'Institut des rachitiques, dirigé avec beaucoup d'intelligence et de zèle par le Dr G. Pini. On y pratique journellement le redressement manuel sur un grand nombre d'enfants du premier âge et avec le plus grand succès. On y pratique aussi au besoin l'ostéoclasie manuelle et l'ostéotomie, mais on pense que le nombre de ces dernières opérations deviendra de jour en jour plus restreint à mesure qu'un plus grand nombre d'enfants aura été redressé manuellement dès le premier âge. La présence d'un grand nombre d'enfants rachitiques dans le même établissement et leur surveillance exacte pendant un certain nombre d'années, rendue très facile par l'organisation de l'*Institut*, fera voir, dans un temps assez rapproché, si cette espérance est appelée à se réaliser.

J'ai publié récemment six observations de redressement manuel, obtenu dans mon service, chez des enfants de 10 mois à 2 ans. La déformation a porté quatre fois sur les deux tibias, une fois sur un seul, il n'y a eu qu'un cas de *genu valgum*. L'écartement des crêtes tibiales, avant le redressement manuel, était de 8 centimètres à 8 centimètres 1/2 ; il a été ou entièrement effacé ou réduit d'au moins la moitié. Le redressement du *genu valgum* a été accompagné d'un craquement et vraisemblablement d'une fracture, qui s'est du reste

parfaitement consolidée. Tous ces enfants ont été dirigés sur le parvis pour y recevoir un appareil à tuteurs.

Nos résultats se maintiendront-ils? Je n'en fais nul doute, à trois conditions : c'est que le rachitisme continue à être traité; que l'enfant garde le repos le plus longtemps possible et qu'il porte ensuite un appareil à tuteurs pendant un temps assez long.

Quelle différence, me dira-t-on, faites-vous entre cette conduite à l'égard de déviations rachitiques du membre inférieur et ce qui se passe le plus communément aujourd'hui? Le plus souvent, quand une mère attire l'attention d'un médecin sur une déviation du membre inférieur chez son enfant en bas-âge, ce dernier répond qne cela se passera en grandissant. Si cela ne se passe pas, comme c'est le fait le plus souvent, même avec une bonne nourriture. et le reste à l'avenant, les riches vont trouver le bandagiste chez lui; les pauvres vont l'attendre au bureau central, ces derniers, le plus souvent aggravés, éburnés, difformes et sur lesquels l'appareil à tuteurs ne produit que des résultats insignifiants, comme les registres le prouvent. Les enfants riches, ayant eu quelquefois leur appareil plus tôt, sont moins irrévocablemenl déformés; ils ont d'ailleurs été moins gravement touchés, grâce au progrès incontestable des classes intelligentes et aisées dans la pratique de l'hygiène du premier âge. Un grand nombre d'entre eux pourtant restent cagneux ou bancals, au grand détriment de l'esthétique, quand cela ne va pas plus loin. Tous ces inconvénients auraient été évités par un traitement précoce qui aurait aplani la voie au traitement ultérieur, lequel conserve une valeur réelle, comme complément du premier.

En réclamant de mes collègues une scrupuleuse attention par rapport à ces déviations précoces, au moment où elles sont facilement curables, je plaide la cause de nombre de petits malades dont plusieurs seront ainsi préservés de déviations considérables et confirmées. Il y a le plus sérieux avantage pour eux à rester sous la surveillance de leurs tuteurs sanitaires légitimes, au lieu de s'égarer sous la conduite des empiriques, ce à quoi les conduirait nécessairement l'indifférence du médecin.

Avons-nous la prétention d'inventer ou d'importer un traitement nouveau? En aucune façon. L'idée de redresser manuellement et de maintenir avec un appareil très simple les déviations rachitiques du membre inférieur, pendant la période de ramollissement, est une idée ancienne et une idée française. Andry lui a préparé la voie.

Mellet a préconisé l'emploi de petites attelles simples en bois ou de lames métalliques, mises en place par le chirurgien lui-même, après des *manipulations* appropriées à la forme, à l'amplitude de la courbure, au degré de résistance de l'os.

Quelles seront les limites assignées par nous à l'utilité de ce traitement? A quel âge convient-il? Par quoi le remplacerons-nous, lorsqu'il sera impossible ou insuffisant?

L'application du redressement manuel n'a d'autre limite que sa possibilité, son efficacité. Aucun des chirurgiens qui ont pratiqué depuis quelques années l'ostéoclasie et l'ostéotomie, Billroth, Macewen, Mikulicz, n'a songé, en aucune circonstance, à appliquer ces deux opérations, là où le redressement manuel pouvait suffire. Il n'y a pas à proprement parler de limite d'âge. Je viens de vous citer des cas entre zéro et deux ans. Ces cas seront souvent favorables, parce que la jeunesse des os se combine avec le ramollissement dû au rachitisme; mais c'est l'éburnation seule et non pas l'âge qui marque la limite de l'indication. Or, mon collègue, M. Guéniot, en nous rappelant dernièrement un cas de rachitisme guéri avant la naissence, nous a montré que l'éburnation peut être congénitale, et, par conséquent, le redressement manuel, sans ostéoclasie, impossible dès la naissance. D'autre part, les courbures tibiales, déformations qui se montrent les premières et qui, par conséquent, atteignent les premières la phase de l'éburnation, peuvent dévier la jambe, le plus souvent, en haut et en dehors, ou en bas et en dehors, de manière à former une saillie irréductible par les manipulations, dès avant la fin de la deuxième année, résistant même à l'ostéoclasie manuelle et réclamant le secours de l'ostéotomie cunéiforme, imposée par la configuration et la situation des courbures. Enfin, il n'est pas impossible que, dans un rachitisme tardif, on n'obtienne, par les manipulations seules, un redressement durable d'un membre, à la faveur du ramollissement.

Là où les manipulations ne suffisent pas, je tente l'ostéoclasie manuelle au point qui me semble le plus convenable, c'est-à-dire la jonction de la diaphyse avec l'épiphyse fémorales, car c'est surtout dans le genu valgum que cette opération est applicable. Si les résultats de votre expérience personnelle sont d'occord avec ce que je viens de vous dire au sujet des courbures tibiales et de leur éburnation précoce, vous devez me concéder ce point.

Si de fortes pressions, dans lesquelles j'ai le soin de prendre mon

point d'appui ailleurs que sur l'articulation elle-même, pour éviter d'y produire des désordres, ne suffisent pas pour amener une fracture diaphyso-épiphysaire, ou peu s'en faut, car le décollement épiphysaire produit par la main de l'opérateur est pour moi un pur rêve, j'emploie la méthode que M. Tillaux a appliquée pour la première fois à Lariboisière, en 1875, et qui, comme celle de Delore, dont elle diffère d'ailleurs sensiblement, combine l'effort de l'opérateur avec l'effet d'un porte-à-faux du membre. Dans ces conditions, je ne manque pas d'entendre le claquement caractéristique, j'opère le redressement, j'applique un appareil inamovible et j'obtiens une consolidation régulière, sans cal. — Sans cal, quoique M. Després se soit dernièrement refusé à reconnaître l'existence d'une fracture ostéoclastique, en l'absence du cal, chez le malade opéré par M. Gillette. J'ai eu en effet souvent l'occasion de faire observer, et j'ai enseigné dans mes leçons sur les fractures des enfants, que les fractures du fémur, chez les enfants rachitiques, se consolident parfaitement sans apparence de cal.

C'est là une excellente opération. L'ostéoclasie manuelle, appliquée, non pas aux courbures rachitiques du membre inférieur en général, car, je le répète, elle n'est pas applicable à la plupart des courbures tibiales, mais au genu valgum rachitique des enfants, le seul dont je m'occupe aujourd'hui, peut être mise en regard avec l'ostéotomie, soit linéaire externe, soit supra-condylienne interne et cunéiforme de Macewen, que j'ai pratiquées toutes deux dernièrement, soit avec l'ostéotome, soit avec le ciseau, dans des cas dont les observations vont être publiées prochainement.

J'incline actuellement vers l'ostéotomie, ayant appris par expérience combien cette opération, entièrement consciente d'elle-même, peut être inoffensive, tandis que je suis effrayé en songeant aux dégâts qu'on peut produire, sans le savoir, dans l'articulation du genou, au cours de l'ostéoclasie, même manuelle.

Ce scrupule est bien plus grand encore quand il s'agit des machines de Collin, de Robin et de toutes les machines en général. J'ai entendu dire, par la voix autorisée de M. Verneuil, que le premier de ces ostéoclastes est pourvu maintenant de tels perfectionnements qu'on peut opérer où l'on veut, comme on veut, même sur de jeunes sujets. En supposant tous ces perfectionnements réalisés, je ne continuerai pas moins à me fortifier dans mes moyens personnels d'action et à réaliser, autant qu'il se pourra, la devise si commode, surtout en

voyage : *Omnia mecum porto*. Car enfin, supposez, par impossible, que l'inventeur à venir d'une machine, encore plus idéale que celle de M. Collin, ne soit pas complaisant tous les jours, ni pour tout le monde, ou même qu'il soit simplement sorti, quand vous aurez besoin de l'instrument, vous vous repentirez de ne pas avoir mis votre confiance en vous-même. D'autant plus que vous suffisez là où aucune machine ne pourrait suffire.

J'arrive aux ostéotomies que j'appellerai nécessaires, ou plutôt indispensables, là où il n'y a plus qu'à abandonner le sujet à sa difformité, ou à tenter un effort judicieux pour le rapprocher du type normal et lorsqu'il n'y a pas d'autres efforts à tenter. Il s'agit surtout ici de l'excurvation des jambes, de ces fortes parenthèses, qui permettent de mesurer de 8 à 17 centimètres entre les crêtes tibiales et presque incompatibles avec la marche. C'est là une indication d'ostéotomie linéaire, pratiquée sur la partie moyenne du tibia, du côté concave.

Le membre est aussitôt pansé antiseptiquement et enveloppé dans l'appareil plâtré. J'ai des observations de redressement et de consolidation ainsi obtenus dans l'espace de vingt-cinq jours, sans qu'il y ait eu de réaction fébrile notable, même immédiatement après l'opération. Cette opération n'a jamais amené le moindre accident. Je suis complètement convaincu de sa parfaite innocuité.

Quant aux jambes en *lames de sabre*, aux déviations antérieures ou antéro-latérales de l'extrémité supérieure ou inférieure des tibias, avec ou sans aplatissement transversal de leur diaphyse, il y a un grand nombre de cas dans lesquels l'ostéotomie linéaire ne permet pas d'opérer le redressement; j'ai fait, avec succès, dans ces cas, l'ostéotomie cunéiforme, à l'ostéotome, au ciseau, au perforateur, combiné avec une scie à découper, très heureusement modifiée par l'un de mes externes. J'ai expérimenté sur le cadavre un énorme *bec de perroquet*, construit par Monlon, que je vous ai d'ailleurs présenté. Cet instrument permet d'opérer, à la surface des os longs d'enfants de 7 à 8 ans, non rachitiques, des entailles cunéiformes, après lesquelles la fracture manuelle du membre a toujours été possible. Je n'ai pas besoin de vous dire qu'il me faudra faire de nombreuses et nouvelles expériences avant de me fier à cet instrument.

Bien que l'ostéotomie cunéiforme du tibia soit plus compliquée que l'ostéotomie linéaire, et comme gravité de lésion, et comme difficulté opératoire, je n'ai eu jusqu'ici à observer aucun accident sérieux en

dehors d'un peu de fièvre et de suppuration : la correction m'a toujours paru suffisante.

Disons, en terminant, que si l'antisepsie est indispensable ici, l'immobilité absolue et immédiate ne l'est pas moins et, pour réaliser ce double but, je me suis bien trouvé d'une combinaison du pansement de Lister avec l'appareil plâtré.

Je n'ai pas besoin de dire que les résultats de l'opération sont confirmés par le port ultérieur d'un appareil à tuteurs pendant un certain temps.

Il n'a pas échappé à la perspicacité de M. Després, raisonnant *a priori*, qu'une seule ostéotomie pouvait ne pas être suffisante pour redresser les courbures rachitiques, lesquelles sont presque toujours compliquées. Il a dit aussi que, s'il avait à intervenir, il pratiquerait, non pas une ostéotomie, mais plusieurs ostéotomies. Les faits lui donnent parfaitement raison. Très souvent, plusieurs ostéotomies sont nécessaires. Billroth, Macewen pratiquent couramment des ostéotomies multiples, dans la même séance, sur le même membre, et complètent ainsi le redressement : Macewen n'a jamais, paraît-il, eu d'accidents à déplorer à la suite de cette conduite, qui est suivie ailleurs avec succès et dont j'ai vu des résultats très beaux et très authentiques à Milan.

M. Després a comparé, à ce propos, l'art du chirurgien à celui du menuisier qui, ayant à redresser une tige courbe, ne pourrait se borner à e lever un seul coin. Cette comparaison a paru blessante pour la dignité chirurgicale. La pratique fréquente de l'ostéotomie n'inspire pas ce sentiment. Elle pousse, au contraire, à envier aux artisans qui entament, au ciseau et au maillet, le bois, l'ivoire, les métaux, la pierre et le marbre, le sentiment exact de la force de coup nécessaire, le tact de la résistance opposée au ciseau par le corps à entamer, l'art de ne pas s'engager outre mesure et mille qualités que paraît posséder Macewen, d'après son livre, très bien traduit par M. Desmons, qui, d'ailleurs, l'a vu opérer. Je ne crains pas de le dire : *une ostéotomie bien indiquée et bien faite est une opération inoffensive.*

Je me résume en quelques mots. Au moment du sevrage, je *redresse manuellement*, sans fracture, TOUTES LES DÉVIATIONS. L'éburnation arrivée, je romps *manuellement* toujours le fémur pour le genu valgum, et j'ostéotomise linéairement les tibias pour les déviations latérales graves.

Je réserve pour le cas de déviations, ou mieux, de distorsions antéro-latérales très accusées, l'*ostéotomie cunéiforme*.

VARIÉTÉS

Cours et conférences à l'hôpital des Enfants-Malades. — M. le Dr Jules Simon a recommencé son cours le 14 novembre 1883 (*tous les mercredis*, à 9 heures).

M. le Dr Rendu, agrégé de la Faculté, a inauguré ses *leçons cliniques de maladies des enfants*, le 8 janvier 1884 (*mardis et samedis*, à 10 h.)

M. de Saint-Germain a repris ses *leçons cliniques de chirurgie des enfants*, le 24 janvier (*tous les jeudis*, à 9 heures).

M. Descroizilles a fait sa première leçon, le 25 janvier (*tous les vendredis*, à 9 heures).

La *Revue des maladies de l'enfance* a reçu :

Traité pratique des maladies de l'enfance, suivi d'un Formulaire complet de thérapeutique infantile, par le Dr Edward Ellis, médecin en chef honoraire de l'hôpital Victoria pour les enfants malades, de l'hôpital de la Samaritaine pour les femmes et les enfants, ancien assistant de la chaire d'obstétrique au collège de l'Université de Londres ; traduit sur la 4e édition anglaise et annoté par le Dr L. Waquet et précédé d'une préface de M. le Dr Cadet de Gassicourt, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie. Un fort volume in-18 de 690 pages. — Prix : 5 francs. (O. Doin.)

Traité clinique et pratique des maladies des enfants, par Rilliet et Barthez. Troisième édition, par Barthez et Sanné, t. I (*Considérations générales. Maladies du système nerveux Maladies de l'appareil respiratoire*). 1 fort volume grand in-8o de 936 pages. — Prix : 16 francs. (Ancienne librairie Germer-Baillière et Ce, Félix Alcan, éditeur, 108, boulevard Saint-Germain.)

Le gérant : H. Lauwereyns.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy, successeur, 52, rue Madame et rue Monsieur-le-Prince, 14.

REVUE MENSUELLE

DES

MALADIES DE L'ENFANCE

Mars 1884

TRAVAUX ORIGINAUX

DE LA SCLÉROSE CÉRÉBRALE CHEZ LES ENFANTS

Contribution nouvelle (observation et autopsie) : *Lésions de la sclérose associées : 1° à celles de la méningite chronique : 2° à des thromboses des sinus, anciennes et réoentes.*

CONFÉRENCE FAITE A L'HOPITAL DES ENFANTS-MALADES

Par le Dr Jules Simon.

Par suite d'une nouvelle répartition qui a été faites des malades aigus et des malades chroniques dans cet hôpital, Louise Anceaux, fillette de 9 ans, admise aux Enfants-Malades le 19 décembre 1883, est entrée dans mon service le 25 (n° 10, salle Sainte-Thérèse).

Cette enfant poussait des cris continuels et faisait entendre des sons inarticulés. Quoique paralysée des quatre membres et contracturée, elle s'agitait constamment. La sensibilité cutanée était conservée chez elle, mais l'intelligence était perdue. Le bruit qu'elle faisait causait un tel trouble au repos des

autres malades que j'allais me décider à la renvoyer, quand mon attention fut éveillée par des cicatrices profondes de sa lèvre supérieure, qui me mirent sur la piste de la syphilis.

Le père, que je fis venir, nous raconta les faits suivants :

La mère de Louise Anceaux aurait, il y a une quinzaine d'années, nourri un enfant étranger, porteur de boutons, d'excoriations, sur le corps, les jambes et les fesses ; elle aurait été elle-même consécutivement atteinte d'éruptions analogues ou semblables.

Depuis cette époque elle a eu cinq enfants, nés à terme, dont le premier est mort en naissant, le père ignore s'il avait des éruptions ; le deuxième a vécu deux mois ; deux autres sont morts dans le premier mois ; la troisième (Louise, sujet de notre observation), née à terme, bien constituée, a présenté, peu de semaines après sa naissance, des rougeurs, des excoriations sur les fesses, les cuisses et le visage. Le père dit qu'à l'âge de 10 mois sa lèvre supérieure, tout son visage et ses mains ont été le siège de gourmes qui ont laissé après elles des cicatrices indélébiles.

Il y a un an cette enfant, qui ne présentait rien de particulier, aurait été prise de peur en se rendant à l'école ; le fait est qu'elle fut saisie de *convulsions*, auxquelles se joignaient des douleurs violentes, des cris, des hallucinations, du délire, de l'embarras de la parole ; peu à peu tous ces accidents se calmèrent, mais l'intelligence se perdit et la marche, la station verticale devinrent impossibles ; on vit aussi éclater de temps en temps des convulsions grandes et petites ou même simplement ébauchées. Quelquefois la malade avait conscience de l'approche de ces attaques, par une sorte d'*aura* partant des pieds. Les attaques devinrent de plus en plus nombreuses, et dans les derniers temps elles apparaissaient tous les trois à quatre jours.

Nous nous crûmes suffisamment autorisé par de tels commémoratifs et de tels faits à instituer un traitement antisyphilitique, combinant les frictions mercurielles avec l'iodure de

potassium, à l'intérieur. Enfin, on administra tous les soirs un lavement avee un gramme de chloral.

Sous l'influence de ce traitement, il se produisit une grande détente ; les nuits devinrent plus calmes, et le jour l'enfant cessa de s'agiter, de pousser des cris effrayants.

Voici, du reste, quel était son état le 10 janvier de la présente année.

Motilité.— L'enfant, couchée dans une position latérale, garde indifféremment le décubitus, sur l'un ou sur l'autre côté, quand on la déplace, pour éviter la formation d'eschares. Les membres inférieurs, à demi fléchis, sont ramenés vers le tronc ; la tête est un peu dans l'extension. Le bras gauche fléchi et attiré vers le corps ne peut être étendu passivement sans douleur. La main est à demi fléchie sur le poignet, les doigts rapprochés de la paume, la dernière phalange dans l'extension forcée, le pouce placé dans la paume.

Le bras droit est mobile ; il prend et serre volontiers.

La face est moins paralysée à gauche qu'à droite ; il n'y a pas de paralysie des muscles moteurs de l'œil, ni d'un côté, ni de l'autre.

La langue, mobile, sort avec facilité, dans toutes les directions. Il y a un embarras de la parole qui se manifeste par la difficulté et la lenteur de l'articulation des sons. Les mots les plus simples, les réponses les plus banales ne se présentent pas facilement.

Sensibilité. — Il y a par intervalles des traces de sensibilité spontanée. Il y a de la sensibilité douloureuse provoquée par les mouvements d'extension imprimés au bras et au membre inférieur gauches contracturés, le côté droit est moins sensible.

La pression des muscles, le pincement de la peau provoquent de l'agitation, des cris et des pleurs. La sensibilité au froid et au chaud n'est pas abolie.

Depuis quelques jours l'incontinence des matières fécales et de l'urine est survenue.

Les réflexes cutanés et tendineux sont conservés ; la dé-

glutition se fait bien, les pupilles réagissent à la lumière, il n'y a pas de troubles trophiques; à la fin seulement des eschares se montrent au sacrum et aux ischions.

Intelligence. — L'intelligence est à peu près nulle. Pour en réveiller un semblant qui soit susceptible d'être analysé, il faut presser l'enfant de questions, et secouer sa torpeur, dans laquelle elle retombe aussitôt, par la force d'inertie.

Louise Anceaux ne demande ni à boire ni à manger; elle rit ou pleure à la volonté de celui qui l'interroge et d'après le ton qu'il emploie, sans qu'il y ait le moindre rapport entre ce qu'on lui dit et son rire ou ses larmes. Sa mémoire est nulle, elle ignore presque son nom.

Depuis le traitement qu'elle a subi, elle ne manifeste plus de colère, plus d'agitation nocturne. Son facies, très pâle, ne reflète que l'indifférence, la torpeur ou une sorte de béatitude idiote.

Elle a beaucoup de dents cariées et les gencives très molles; le traitement spécifique a provoqué une stomatite à la suite de laquelle il a fallu le suspendre.

Le chloral seul (en lavements) a été continué. Le 22 janvier, au moment de la visite, l'enfant a été prise de grandes attaques épileptiformes, avec convulsions, asphyxie et coma.

Au bout de quelques jours il y a retour à la connaissance, mais l'état intellectuel, l'embarras de la parole, la faiblesse générale sont encore plus accusés qu'avant l'attaque.

La déglutition devient de plus en plus difficile. Les bronches se remplissent de râles et la mort survient le 24 janvier à 4 heures du soir.

Autopsie. — A l'autopsie qui a été faite le 26 janvier on trouve une grande quantité de liquide dans l'arachnoïde. Les sinus sont le siège d'une thrombose ancienne des plus manifestes, et particulièrement le sinus occipital et le sinus longitudinal qui sont remplis de sang coagulé, non seulement noir, mais fibrineux, adhérent seulement en quelques points, exactement comme dans la phlébite adhésive. Toutes les veines qui

se rendent à ces sinus sont également distendues par du sang coagulé, qui ne s'écoule pas à la coupe comme dans les pièces anatomiques, si bien que toute la surface du cerveau est couverte d'arborescences des plus remarquables et d'autant plus apparentes que les circonvolutions sont aplaties et nettement dessinées par leurs sinuosités.

La pie-mère a perdu de sa transparence non seulement le long des vaisseaux, mais dans presque toute la région antérieure moyenne et supérieure du cerveau.

En outre elle est épaisse et adhérente, à ce point qu'on ne peut l'enlever sans détacher une partie de la substance cérébrale.

A la palpation, le cerveau, qui est rouge et congestionné, présente des *noyaux d'induration* qui sont surtout faciles à constater sur les circonvolutions des lobes frontaux et des lobes pariétaux.

Toute la région, non seulement du sillon de Rolando, mais des circonvolutions frontales et des circonvolutions pariétales, est le siège d'une série de noyaux indurés des plus manifestes qui, partant de la substance grise, s'étendent dans la substance blanche. Cette inflammation scléreuse est à différents degrés : dans certains points la coloration rouge domine, dans d'autres elle tend au caractère saumoné.

En résumé, il existe un très grand nombre de points scléreux disséminés plus particulièrement des deux côtés, vers la région antérieure et moyenne des deux hémisphères, plus prononcés à droite qu'à gauche.

Chacun de ces noyaux, du volume d'une aveline, ou sans forme délimitée, occupe, non seulement la substance grise, mais la substance blanche de l'encéphale, si bien que, résumant ces diverses lésions, on peut dire qu'il existe une méningo-encéphalite et une thrombose des sinus et des veines.

Les ventricules sont dilatés, les vaisseaux de la toile choroïdienne et les afférents sont énormes, et la coupe de l'encéphale présente le piqueté de la congestion.

Réflexions. — Les résultats de cette autopsie ne sont pas sim-

ples. On y trouve des lésions d'ordre et d'âge différents dont l'interprétation, par leur comparaison avec les commémoratifs et les symptômes observés par nous pendant la vie, montre que notre petite malade a succombé à un complexus pathologique plutôt qu'à une affection unique.

La présence de noyaux indurés dans la substance grise et même la substance blanche des circonvolutions frontales et pariétales explique les symptômes relatés au début de cette conférence, comme l'agitation, les convulsions épileptiformes grandes et petites, la paralysie accompagnée de contractures douloureuses, l'abolition de l'intelligence, un facies hébété, sur lequel les éclats et les caresses de la voix de l'observateur, plutôt que le sens des paroles qu'il prononce, ébauchent, tour à tour, le sourire ou les pleurs, tout nous impose le diagnostic de cette curieuse affection dont j'ai eu déjà l'occasion de vous entretenir : la *sclérose cérébrale des enfants*. Elle est caractérisée, vous le savez, par de l'inflammation chronique, plus souvent superficielle que profonde, non pas généralisée, mais partielle, se disposant en noyaux disséminés ou confluents, surtout sur les deux hémisphères, dans le département du sillon de Rolando. Chez notre jeune malade les symptômes semblent calqués sur le tableau que j'ai essayé de vous tracer de cette affection. La différence de coloration que l'on constate dans les noyaux scléreux, où tantôt c'est le rouge, tantôt une teinte saumonée, témoignage d'une ancienneté plus grande de l'inflammation qui domine, se rattache à une des particularités de la marche de la *sclérose cérébrale* chez les enfants. Nous avons vu que cette affection est sujette à des rémissions, quelquefois très longues, et qui peuvent simuler une guérison.

Je vous rappelle, en outre, que l'autopsie a révélé l'existence d'une thrombose des sinus, ancienne, à en juger par sa constitution fibrineuse. D'autre part, on a relevé la coloration louche de la pie-mère, son épaississement, son adhérence sur certains points d'où elle ne peut être détachée, sans entraîner avec elle une portion de la substance cérébrale ; autant de lésions de la méningite chronique. La thrombose des sinus a-

t-elle été postérieure ou contemporaine à la méningo-encéphalite à laquelle appartiennent les cris poussés par la petite malade pendant toute la durée de la maladie? Il est probable que la méningo-encéphalite a été le processus primitif aux deux autres et que cette affection a été sous la dépendance de la syphilis, dont la réalité, affirmée par le père de l'enfant, est aussi constatée par les cicatrices profondes de la lèvre supérieure, et dont la présence encore existante pourrait être soupçonnée par l'espèce de succès obtenu par le traitement mixte. C'est sans doute aux lésions méningitiques que revient la priorité; c'est à elles que doit être imputée l'action causale, par rapport aux autres lésions et la catastrophe finale; car, comme je l'ai dit, le pronostic de la sclérose cérébrale chez les enfants, quoique des plus graves, n'est pas immédiatement fatal. La méningite a produit la sclérose; elle a amené finalement l'envahissement des sinus et, à la longue, l'hydrocéphalie qui, par son augmentation subite, a causé l'espèce d'attaque, très comparable à l'apoplexie sanguine méningée, qui a déterminé la mort.

LÉSIONS CONGÉNITALES ET ACQUISES DU COEUR.

Rétrécissement congénital des orifices artériels. — Persistance du trou de Botal. — Lésions mitrales. — Pas de cyanose.

Par M. P. Renault, interne à l'hôpital Trousseau.

M. le Dr Cadet de Gassicourt a rapporté un cas très remarquable d'affection cardiaque, où des altérations s'étaient développées sur une lésion congénitale (1). Bien que, dans l'observation que nous publions aujourd'hui, les lésions différentes aient affecté des orifices différents, nous pouvons rapprocher ce cas de celui que nous venons de citer; d'ailleurs il existe entre eux, outre les lésions anatomiques, des rapprochements cliniques sur lesquels il est bon d'attirer l'attention.

---

(1) V. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, août 1883.

Comme dans beaucoup de faits analogues, la maladie de cœur a été découverte accidentellement, l'enfant étant entrée à l'hôpital pour une affection aiguë. Notre maître M. le Dr Triboulet a bien voulu nous donner tout le début de l'observation.

La petite Marie Batret, âgée de 6 ans, entra à l'hôpital Trousseau, salle Blanche, n° 13 (service de M. Triboulet), le 14 août 1883.

Depuis six mois, la santé de l'enfant s'est affaiblie ; il y a six semaines elle eut des épistaxis, puis des vomissements presque continuels ; actuellement sa respiration est gênée et la petite malade est tourmentée par une toux sèche, incessante. Pendant les quelques jours qui suivirent son entrée, elle eut des vomissements, de la diarrhée, puis, le 23 août, elle fut prise de fièvre ; l'auscultation fit entendre, à la base gauche, des râles crépitants, puis du souffle ; les crachats, d'abord muqueux, se teintèrent de sang, puis, au bout de quelques jours (30 août), l'état de l'enfant s'améliora, la respiration devint plus tranquille, les crachats moins abondants et moins colorés ; la période aiguë de la maladie était terminée.

Cependant l'enfant était loin d'être guérie ; il lui restait une affection cardiaque très grave, qui avait été notée dès le premier jour, et qu'à partir de ce moment il fut beaucoup plus facile d'étudier.

Depuis sa première enfance la petite Batret semblait maladive, son teint était violacé, parfois marbré, sans véritable cyanose ; ses mains étaient froides, sa respiration était courte et devenait gênée sous la moindre influence. Du côté des parents, aucun antécédent ; quant à l'enfant, elle eut seulement la rougeole et la coqueluche ; elle n'eut jamais de rhumatismes ni n'autres maladies capables de créer une affection cardiaque.

Depuis six mois sa santé s'affaiblissait, et c'est lorsqu'elle fut prise de vomissements et de toux qu'elle entra à l'hôpital. L'enfant est chétive et amaigrie ; sa respiration est difficile et

la petite malade se tient presque constamment assise sur son lit. Outre les symptômes pulmonaires dont nous avons parlé, on observe du côté du cœur un ensemble de signes dénotant une lésion profonde.

La région précordiale est déformée : le sternum s'avance en forme de carène, et les cartilages costaux complètent de chaque côté la voussure qui va en s'effaçant vers les côtes. Cette voussure est due, comme nous le verrons, à une hypertrophie cardiaque ; on ne trouve ni à la tête, ni aux membres, des signes de rachitisme.

En palpant cette région ainsi déformée, on sent au niveau du cœur un frémissement cataire assez intense, dont le maximum est au-dessous du mamelon gauche, et qui est surtout perçu dans la région ventriculaire du cœur.

La percussion permet d'apprécier l'hypertrophie du cœur ; la partie supérieure du cœur correspond à la deuxième côte ; le bord droit est à 2 centimètres en dehors du sternum, et on sent la pointe battre derrière la cinquième côte, à 7 centimètres du sternum, à 4 centimètres au-dessous et à gauche du mamelon. Le cœur a donc environ le volume du poing d'un adulte, et l'hypertrophie, par son étendue transversale, semble appartenir surtout au cœur droit.

Les bruits du cœur sont modifiés ; le premier temps et le petit silence sont entièrement couverts par un souffle, tandis que le second temps semble à peu près normal, peut-être aurait-il, vers la base, une tendance au dédoublement.

Ce souffle a un timbre grave, ronflant ; son maximum est dans le troisième espace intercostal, près du bord gauche du sternum. Ce souffle se propage, en gardant presque tous ses caractères, de droite à gauche, vers la clavicule gauche, au niveau de laquelle il s'entend encore, bien qu'affaibli. Il diminue lorsqu'on applique le stéthoscope à droite du sternum, c'est-à-dire au point où s'entendent les souffles aortiques ; il ne se propage pas dans les gros vaisseaux, mais il se continue du côté de la pointe du cœur.

En arrière, le souffle cardiaque s'entend dans presque toute

la hauteur des deux poumons; il voile presque complètement le murmure respiratoire. Il est plus fort à gauche et vers la partie moyenne du poumon.

On ne trouve pas de signes de tubercules.

Le pouls est régulier, fréquent, peu développé.

Du côté des autres organes, on trouve le foie gros, la rate normale, le ventre un peu douloureux à la pression (quelques selles en diarrhée); il n'existe ni ascite, ni œdèmes.

L'amélioration qui suivit la cessation des symptômes pulmonaires fut de courte durée ; les épistaxis, qui s'étaient montrées depuis six semaines, revinrent le 3 septembre. Jusqu'au 22 septembre, rien de notable. Puis, ce jour-là, vomissements alimentaires. Le 24, épistaxis assez abondantes; la respiration devient gênée et la toux reparaît. L'enfant se plaint de mal de gorge; on trouve l'amygdale rouge et tuméfiée, sans fausses membranes. Le 28, vomissements alimentaires; expectoration de crachats gluants et visqueux; fièvre.

29 septembre. La fièvre augmente; respiration fréquente; expectoration muco-purulente. Respiration soufflante au sommet droit. Pas de diarrhée.

Le 30. Dyspnée croissante, affaiblissement rapide.

1er octobre. Asphyxie lente.

Mort le 2 octobre à 5 heures du matin.

Ces symptômes ultimes furent très vagues ; l'enfant semblait mourir par le cœur et le poumon, et l'on était loin de supposer qu'à l'autopsie on trouverait les plaques de Peyer tuméfiées et ramollies.

Autopsie le 3 octobre, à 9 heures.

A l'ouverture de la poitrine, on aperçoit le cœur presque entièrement découvert; les poumons, même après l'insufflation, recouvrent seulement ses bords.

Le péricarde, incisé, laisse s'écouler un peu de liquide citrin.

Le cœur est considérablement hypertrophié et dilaté ; il a le volume d'un poing d'adulte; il est globuleux et assez régulièrement arrondi. Le ventricule droit et l'oreillette de ce côté sont énormes et forment plus des deux tiers de la masse du cœur. L'oreillette droite

est complètement remplie par un caillot fibrineux qui se prolonge en s'effilant dans le ventricule. Le cœur gauche ne contient qu'un peu de sang noir.

L'oreillette droite, dilatée, communique avec la gauche par le trou de Botal, largement ouvert, ayant 2 cent. de haut sur 1 cent. 1/2 de large. L'orifice tricuspidien est normal. La valvule tricuspide est un peu épaissie sur son bord libre. Le ventricule, très dilaté, a 10 cent. de hauteur sur 12 cent. de circonférence; ses parois ont environ 5 mill.

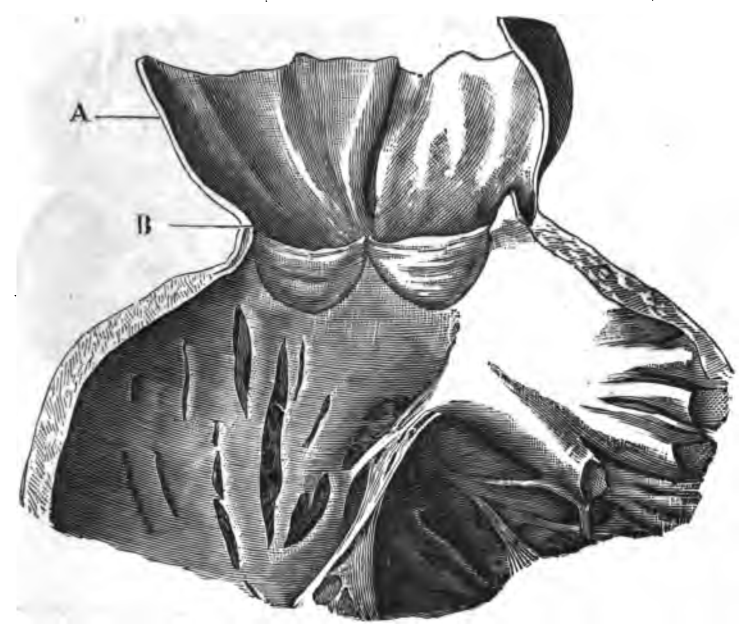


FIGURE 1. — *Cœur droit.*

A, dilatation de l'artère pulmonaire en ampoule.
B, rétrécissement de l'artère pulmonaire.

L'infundibulum de l'artère pulmonaire, normalement constitué, se rétrécit au niveau de l'origine de l'artère, qui présente un contour de 3 cent. 1/2; les valvules sigmoïdes sont absolument saines et suffisantes; l'orifice de l'artère est étroit, mais souple et non induré. Au-dessus des valvules sigmoïdes, l'artère pulmonaire présente une dilatation considérable; elle atteint 8 à 9 cent. de circonférence; les

grosses bronches sont aussi un peu dilatées. L'artère semble saine et ne présente ni végétations, ni plaques athéromateuses (comme dans le remarquable cas de M. Cadet de Gassicourt).

Le cœur gauche est beaucoup plus petit. L'oreillette ne présente d'anormal que la communication avec l'oreillette droite ; la cloison interauriculaire n'est pas épaissie au pourtour de l'orifice que le pouce dilate très facilement.

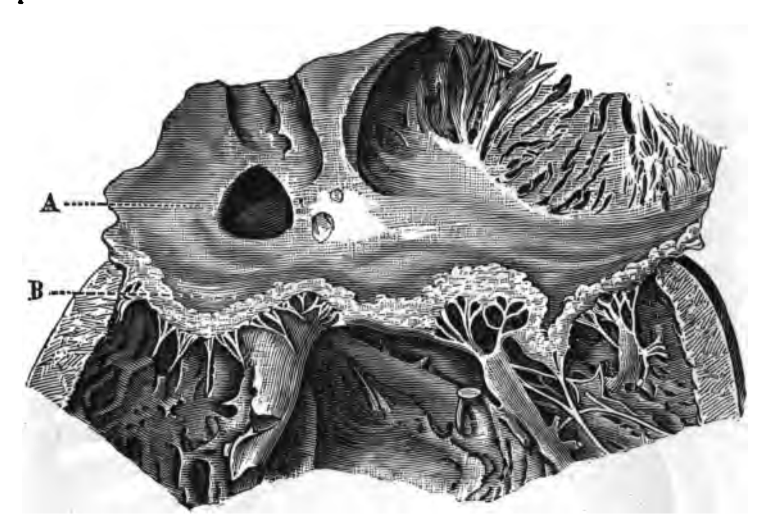


FIGURE 2. — *Cœur gauche.*

A, inocclusion du trou de Botal.
B, valvule mitrale altérée.

L'orifice auriculo-ventriculaire a 6 cent. de tour, il est donc de dimension à peu près normale; mais la valvule est très altérée ; le bord libre de la valve droite est épaissi ; quant à la valve gauche elle est réduite à une sorte de bourrelet végétant, induré et incapable de fermer l'orifice auriculo-ventriculaire.

Le ventricule gauche a un volume normal (7 cent. 08) ; ses parois ne sont pas épaissies (8 à 10 mill.), les muscles papillaires sont peu augmentés de volume. L'aorte est étroite à son origine et dans son parcours, l'orifice aortique mesure 5 cent. de pourtour.

Si l'on compare, comme dans le tableau suivant, les dimensions des orifices, chez le sujet, avec les dimensions normales, à l'âge de

6 ans, empruntées à Rilliet et Barthez, on verra que les lésions consistent surtout, à part l'hypertrophie excentrique du cœur droit, déjà constatée, dans une étroitesse des deux orifices artériels.

Circonférence des orifices chez le sujet.		*Mesures normales.*
Orifice mitral..........	6 cent.	6 cent. 1/2.
— tricuspide......	7 — 1/2	7 — 1/2.
— aortique........	3 —	4 à 4 cent. 1/2.
— pulmonaire.....	3 — 1/2	5 à 5 — 1/2.

Le canal artériel est oblitéré.

On trouve, en outre, des lésions des différents organes, les unes sous la dépendance de l'affection cardiaque, les autres survenues accidentellement.

Le foie est gros et présente l'aspect typique du foie muscade.

Rate normale.

Les poumons, très congestionnés, présentent des noyaux de splénisation. On ne trouve nulle part de tubercules.

L'intestin grêle présente, dans la dernière portion, des plaques de Peyer tuméfiées et même un peu ramollies. Il semble difficile d'affirmer que ce sont ces dernières lésions qui ont causé la mort, car, pendant la vie, aucun signe ne permettait d'en supposer l'existence.

En somme, la lésion capitale est la lésion cardiaque. Il est hors de doute que l'on doit distinguer deux ordres d'altérations, les unes congénitales, consistant en une étroitesse notable des orifices artériels et dans la persistance complète du trou de Botal; les autres acquises, ayant porté sur les deux orifices auriculo-ventriculaires et surtout sur la valvule mitrale.

Pour les premières, on ne peut admettre qu'un arrêt de développement dont on ne connaît pas la cause; on peut dire seulement que les lésions sont survenues après la septième semaine (car la cloison interventriculaire est complètement fermée). Il semble aussi difficile d'assigner une cause à l'endocardite qui a déterminé des végétations sur les valvules auriculo-ventriculaires, puisque l'on ne trouve aucune maladie antérieure ayant pu exercer son action sur le cœur. Les

lésions mitrales semblent plus anciennes que les très légères altérations de la valvule tricuspide.

Il est à remarquer, et ce fait a déjà été signalé plusieurs fois, entre autres par M. Cadet de Gassicourt, que la cyanose a fait défaut; on ne peut, en effet, donner ce nom à la légère teinte marbrée que présentait l'enfant.

Il nous reste maintenant à établir la concordance entre les lésions et les signes physiques. En raison du temps, du siège et des caractères du souffle, celui-ci avait été localisé au niveau de l'artère pulmonaire, et le diagnostic avait été porté ainsi : rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire, persistance probable du trou de Botal. Le rétrécissement fut trouvé beaucoup moindre qu'on ne l'avait supposé; mais si l'on songe à la dilatation énorme du ventricule droit, à l'étendue de l'ampoule formée par l'artère au-dessus de son origine, on voit que l'étroitesse, en réalité peu considérable, l'était beaucoup eu égard aux parties situées en amont et en aval. D'ailleurs le souffle était augmenté en intensité par la superposition des bruits anormaux dus aux lésions des autres orifices. C'est ainsi que la sténose aortique devait donner lieu à un souffle, se confondant absolument, comme temps et presque comme siège, avec le souffle pulmonaire; cependant, le bruit aortique devait être peu intense, car on ne l'entendait pas au delà du bord droit du sternum. Le souffle de l'insuffisance mitrale elle-même se confondait avec les deux précédents; c'est ce qui explique la propagation apparente du souffle pulmonaire vers la pointe. Il est probable aussi que c'est ce souffle qui était si nettement perçu en arrière, surtout au niveau du poumon gauche. Nous avons vu que l'orifice mitral, quoique insuffisant par rigidité des valvules, n'était pas rétréci à proprement parler, il ne donnait donc lieu à aucun signe physique. Tout au plus pourrait-on lui rapporter une légère tendance au dédoublement du deuxième temps.

Quant aux lésions tricuspidiennes, elles étaient insignifiantes.

Le fait nous paraît être intéressant à plusieurs points de

vue. Il prouve d'abord qu'un examen attentif des lésions cardiaques permet presque toujours de diagnostiquer le rétrécissement de l'artère pulmonaire, dont les signes sont devenus classiques. Il montre ensuite que la communication entre les deux cœurs et le mélange des deux sangs qui en est la conséquence ne produit pas la cyanose. Il n'infirme pas la théorie de Louis, car l'autopsie a démontré que le rétrécissement de l'artère pulmonaire était relativement médiocre ; si donc la cyanose est en rapport direct avec l'intensité du rétrécissement de cette artère, on comprend qu'ici elle devait être nulle. Enfin, il fait voir que le rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire porte toujours sur l'artère elle-même, qui, étranglée à sa base, se dilate en ampoule immédiatement au-dessus.

Mais ici, comme dans l'observation publiée l'année dernière par M. Cadet de Gassicourt, un point reste inexpliqué : c'est la nature de la lésion acquise surajoutée à la lésion congénitale. Cette question est de la plus haute importance, mais elle ne pourrait être résolue que par des observations dans lesquelles les anamnestiques seraient soigneusement relevés. L'avenir nous les donnera peut-être.

TRAITEMENT DE L'ANÉVRYSME CIRSOIDE

PAR LA CAUTÉRISATION AVEC LES FLÈCHES DE CANQUOIN.

Par le Dr L.-H. de Saint-Germain.

L'anévrysme cirsoïde constitue une affection grave, très obscure, quant à son étiologie, incomplètement connue dans son anatomie et sa physiologie pathologiques, en raison même de sa rareté et du peu d'autopsies auxquelles elle a donné lieu ; elle n'en a pas moins un grand intérêt pour le chirurgien dont elle sollicite, dans certains cas, l'intervention rapide, à cause des accidents redoutables auxquels peut donner lieu cette intervention.

Il importe d'être bien fixé sur le motif qui doit décider le chirurgien à intervenir, sauf à choisir un procédé plus propre qu'un autre à écarter les accidents. Ce motif, c'est le développement rapide et brusque de la tumeur anévrysmale, susceptible d'en faire craindre la rupture spontanée et une hémorrhagie d'autant plus à redouter qu'elle se produirait en l'absence du chirurgien et hors de son contrôle.

J'ai pris trois fois le parti d'intervenir pour répondre à cette indication, et j'ai pu par expérience me fixer sur le procédé à employer pour en terminer avec l'anévrysme sans mettre en danger la vie de l'opéré. Ce procédé, supérieur sans contredit à tous les autres, est la *cautérisation par les flèches de pâte de Canquoin*, dont Maisonneuve a fait un si brillant usage dans les diverses applications qu'il lui a données.

Le premier anévrysme cirsoïde que j'ai opéré, au moyen du thermocautère, a donné lieu à des circonstances émouvantes qui m'ont déterminé à laisser de côté, dans l'espèce, ce mode de cautérisation.

La malade était une jeune fille de 14 ans, sanguine et forte, dont les règles venaient de se montrer pour la première fois. Sous l'influence de ce phénomène, la tumeur avait tout à coup pris un développement considérable. Cette tumeur, d'environ 10 à 12 centimètres carrés, située sur le vertex et fluctuante dans presque toute son étendue, présentait des battements continus dans toute sa surface, et un *thrill* bien caractérisé.

A peine eus-je enfoncé d'un centimètre le couteau thermique au centre de la tumeur qu'un jet de sang rutilant jaillit à plus d'un mètre. Après avoir en vain essayé d'arrêter l'hémorrhagie par la compression de l'orifice, il me fallut porter cette compression sur plusieurs points au fond du sac. Pour cela je fendis la tumeur en quatre, à l'aide de deux coups de bistouri, et, aveuglant avec mes doigts, ainsi qu'avec ceux de mes aides, tous les vaisseaux qui donnaient, j'arrivai à conquérir le temps nécessaire pour délibérer sur le parti à prendre. L'action des doigts fut peu à peu remplacée par celles de pinces

hémostatiques; la malade fut reportée dans son lit et réchauffée, et enfin, le lendemain, la trouvant mieux, je me décidai à utiliser pour elle la puissance hémostatique du chlorure de zinc, en cernant la tumeur, toujours garnie de ses pinces, au moyen de flèches caustiques de Canquoin, disposées en cercle.

La description de ma manière de procéder résultant de l'observation qui va suivre, je ne m'attarderai pas à la faire ici. Toujours est-il que, le huitième jour, un cercle inflammatoire commença à se produire, et le décollement de la masse anévrysmale, révélé dès ce moment, fut complet le vingtième jour. Une cicatrice de bon aloi, qui avait commencé à se produire avant la chute de la tumeur, couvrait déjà les bords de la plaie résultant de la chute de l'eschare. La cicatrisation marcha rapidement et la malade sortit guérie, au bout de très peu de temps.

A quelques mois de là, je reçus dans mon service une autre petite fille, atteinte également d'un anévrysme cirsoïde de la région pariétale droite. La tumeur était restée stationnaire durant près de trois ans. Un mois auparavant, l'enfant avait reçu d'une de ses camarades un coup de pelle en bois; aussitôt la tumeur devint turgescente et acquit en quelques jours le volume d'un gros œuf de poule. Cette fois je pratiquai d'emblée la cautérisation avec les flèches de Canquoin et le vingt-deuxième jour, sans autre adjuvant que des cataplasmes, j'obtins la chute en masse de la tumeur.

La cicatrisation des bords de la plaie était, comme dans le cas précédent, assez avancée et il était facile de reconnaître, au centre de la plaie, la face extérieure du pariétal entièrement dénudée. Toutefois, il n'y eut pas expulsion de séquestre. Au bout de huit jours, de petits îlots rougeâtres se manifestèrent sur différents points de la plaque osseuse et, deux mois après, la surface était entièrement cicatrisée.

J'ai revu plusieurs fois cette malade, ainsi que la première, et j'ai constaté que, chez ces deux enfants, la cicatrice, notablement rétrécie, pouvait être complètement couverte par une pièce de cinq francs (argent) chez la première, par une pièce de deux

francs chez la seconde. Mais il faut avouer qu'aucun bulbe pileux n'avait survécu au travail de la cicatrisation.

Je note, en passant, par rapport à la rareté de l'affection, que j'ai été trois années, après ces deux cas, sans avoir l'occasion d'observer un anévrysme cirsoïde, parmi les nombreuses tumeurs érectiles que j'ai eu à traiter à l'hôpital des Enfants-Malades.

Voici une troisième observation qui m'a paru très intéressante, tant au point de vue de la marche de l'affection qu'au point de vue du traitement.

OBSERVATION (recueillie par M. P. VALLIN, interne du service). — Botrel (Louise), âgée de 12 ans 1/2, a été amenée le 25 septembre 1883 à la consultation externe de chirurgie, à l'hôpital des Enfants-Malades, pour une tumeur volumineuse, siégeant en arrière de l'oreille droite. Reçue immédiatement par M. de Saint-Germain, elle est entrée à la salle Sainte-Pauline, lit nº 17.

Les parents de cette enfant lui ont toujours connu une tache violette occupant le même siège. Mais cette tache, de dimensions insignifiantes jusqu'à ces dernières années, s'est développée tout à coup rapidement, et c'est en raison de cet accroissement rapide que les parents viennent réclamer une intervention.

Il y a près de deux ans que la mère, en peignant sa fille, s'est aperçue que la tache s'épaississait, devenait tumeur, rougissait, et présentait des battements, qui sont devenus plus appréciables avec le temps.

Nous nous trouvons aujourd'hui en présence d'une tumeur placée en arrière de l'oreille, sur le même niveau que celle-ci. Cette tumeur occupe la région intermédiaire au pariétal et à l'occipital, à cheval sur l'un et sur l'autre.

D'aspect inégal et bosselé, elle est presque bilobée, à grand diamètre vertical.

Sa hauteur est de 7 centimètres.

Sa largeur, de 5 centimètres.

Son épaisseur, de 3 centimètres.

La coloration est généralement rosée, presque rouge.

A sa surface, on remarque deux taches violacées, livides, de l'éten-

due d'une pièce d'un franc. Ailleurs un autre point, de dimensions égales, est encroûté et comme sur le point de s'ulcérer.

Vient-on à examiner obliquement cette tumeur, on la voit animée de battements. Au toucher, toute la masse est molle, presque fluctuante, d'ailleurs d'une consistance inégale, suivant les points. Les battements, perceptibles à la vue, sont surtout appréciables au toucher; ils sont isochrones au pouls.

Le palper permet de constater également une sorte de frémissement vibratoire, et la compression méthodique amène une notable diminution de volume de la tuméfaction.

A l'auscultation, sur tous les points, souffle franchement intermittent. Au pourtour de la tumeur, qui se confond insensiblement avec le reste du cuir chevelu, le palper reconnaît facilement, à leurs battements, la présence d'artères très dilatées. L'auriculaire postérieure, l'occipitale sont sensiblement du volume de la radiale. Deux autres artères, de moindre volume, naissent des branches de la temporale. Une cinquième gagne transversalement la tumeur, du côté opposé. Le doigt qui comprime méthodiquement l'auriculaire postérieure a la sensation d'une rigole que l'artère s'est creusée sur la face externe de l'apophyse mastoïde.

Jamais, à aucun moment, l'enfant n'a ressenti une douleur quelconque, soit même de la gêne, du fait de cette tumeur.

27 septembre. M. de Saint-Germain fait, à la partie inférieure de la tumeur, une injection de liqueur de Piazza, toute une seringue de Pravaz.

Aussitôt l'aiguille retirée, hémorrhagie et jet de 15 à 20 centimètres de hauteur. Une pince hémostatique, saisissant la peau à pleins mors, est laissée en place pendant vingt minutes. L'hémorrhagie ne se reproduit pas.

A la suite de cette injection, battements moins perceptibles dans toute la moitié inférieure de la tumeur. Les battements sont plus profonds, et il faut appuyer fortement pour les sentir aussi distinctement qu'à la partie supérieure.

Le 28. Nouvelle injection de liqueur de Piazza, cette fois à la partie supérieure et en dedans de la tumeur, tout proche de la ligne médiane. L'aiguille, enfoncée profondément, est retirée lentement; il suffit, cette fois, d'une légère compression à l'orifice de sortie, pendant quelques secondes, pour empêcher l'écoulement sanguin.

Collodion par précaution.

Cette seconde injection produit un effet moins marqué que la première.

Le 29. Troisième injection à la partie inférieure de la tumeur.

Le 30. Les battements ont diminué d'intensité en tous les points. Plus de frémissements appréciables au palper. Les artères afférentes frappent le doigt avec bien moins d'énergie.

Tout le pourtour est fortement empâté, œdématié, et cet œdème gagne jusque vers le milieu de la joue droite. La peau n'est point rosée, enflammée.

On cesse les injections.

8 octobre. L'œdème a disparu dans tout le pourtour de la tumeur, sauf en un point. à la partie supérieure, où la peau est légèrement vascularisée.

Les battements sont devenus aussi forts dans les artères périphériques, notamment dans l'auriculaire postérieure; mais sur toute la tumeur ils sont maintenant difficiles à percevoir. A la partie supérieure, dans un espace de l'étendue d'une pièce de 5 francs, également en un point circonscrit de la partie inférieure, on *voit* le doigt appliqué sur la tumeur soulevé par des battements isochrones au pouls, alors qu'il est difficile de percevoir la sensation de ces battements.

Au point culminant, là où il a été noté les premiers jours une tache violacée, phlyctène, d'où s'écoule une sérosité citrine, transparente.

Nouvelle injection d'une seringue entière de liqueur de Piazza.

Le 9. Même état.

Le 18. L'enfant, à jeun, est chloroformé. M. de Saint-Germain enfonce un bistouri long et étroit à la base de la tumeur, le dirigeant vers son centre, au ras de la boîte crânienne.

Dans la voie tracée par le bistouri, il enfonce une flèche de Canquoin longue, étroite et très dure, de façon que l'orifice fait à la peau enserre la flèche à sa base.

16 flèches sont successivement introduites de la même façon, toutes convergeant vers le centre de la tumeur, lardant circulairement sa base.

Cela fait, sans que la malade ait pour ainsi dire perdu de sang, on lave et on s'aperçoit d'un léger suintement sanguin par l'orifice d'entrée de deux flèches. Dans chacun de ces deux orifices, une nouvelle flèche est aussitôt poussée, qui, forçant l'orifice d'entrée, arrête l'écoulement sanguin.

Tout le pourtour de la tumeur est garni de charpie trempée dans le baume du Commandeur. Le tout est recouvert d'un énorme gâteau de charpie, également trempé dans le baume du Commandeur. Par-dessus une compresse, et, à l'aide d'une bande de flanelle, on exerce une compression énergique.

Le 19. Toute la journée d'hier l'enfant a été abattue et a éprouvé des vomissements à plusieurs reprises. Elle n'a souffert que jusqu'à 3 ou 4 heures de l'après-midi.

La nuit a été relativement bonne. L'enfant a reposé un peu.

Le 20. Vers 4 heures du soir, douleurs, élancements qui ont persisté la nuit et ont empêché la malade de dormir.

Le 21. Journée bonne. Nuit tranquille.

Le 22. Le pansement est levé.

Toute la tumeur est d'un rouge violacé, noirâtre. Elle est dure comme un morceau de plâtre; en son sommet seulement, il existe un point d'une consistance plus molle, et de ce point s'écoulent quelques gouttes d'un sang noir.

Nouveau pansement à la charpie et au baume du Commandeur.

Le 23. L'enfant a accusé des souffrances assez vives.

Langue sale.

Un vomissement.

Le 24. On lève le pansement pour surveiller le travail qui se produit. Un peu d'empâtement en avant des attaches du sterno-cléido-mastoïdien à l'apophyse mastoïde. C'est à ce point que la malade rapportait ses souffrances d'hier.

Frictions avec onguent napolitain *loco dolenti.*

Le 29. Toujours même aspect, même dureté.

Dans un quart de la circonférence, du côté adjacent à l'oreille, le sillon d'élimination commence à se dessiner.

Les battements sont encore perceptibles dans l'artère auriculaire postérieure.

Traitement : Cataplasmes pour activer l'élimination de la partie mortifiée.

Le 30. Quelques gouttes de sang étant apparues au niveau du sillon d'élimination, les cataplasmes ne sont plus continués.

Compresses d'eau blanche.

1er novembre. Le sillon est complet.

Les cataplasmes sont repris. Le travail d'élimination s'effectue avec une lenteur désespérante, malgré les cataplasmes en permanence.

Sur tout son pourtour, la tumeur est décollée, le travail de cicatrisation commence et se poursuit sous la tumeur toujours fortement adhérente à l'os en son centre.

Les parents, perdant patience, demandent à reprendre leur enfant.

M. de Saint-Germain, n'y voyant aucun inconvénient, signe la sortie le 20 novembre.

L'enfant vient à plusieurs reprises nous revoir, et l'élimination ne semble faire aucun progrès.

Enfin nous apprenons que le tout est tombé le jour de Noël.

Depuis le 25 décembre, la petite malade a été amenée régulièrement à l'hôpital tous les mois ; je l'ai vue la dernière fois le 8 février, et j'ai pu constater avec une diminution considérable du périmètre de la cicatrice, un bourgeonnement très actif autour de la surface osseuse dénudée dont nous attendons l'élimination.

L'état général est bon.

Ainsi qu'on peut le voir, c'est encore une fille qui est le sujet de cette observation, et il est intéressant de noter le fait, qui confirme du reste ce que l'on sait déjà sur ce sujet : la fréquence des anévrysmes cirsoïdes beaucoup plus grande dans le sexe féminin. J'insisterai également sur l'urgence d'une intervention presque immédiate, une fois de plus démontrée par l'accroissement subit et rapide de la tumeur. En effet, après une longue période de calme, de *statu quo*, pour ainsi dire, le développement de cette tumeur avait pris de telles proportions que la peau elle-même avait participé à l'évolution de l'anévrysme, en s'amincissant sur plusieurs points; si bien que pendant le traitement d'essai, en quelque sorte, que je fis avec les injections de liqueur de Piazza, j'avais expressément recommandé aux personnes du service de courir chercher immédiatement l'interne de garde à la moindre hémorrhagie; et celui-ci avait pour instructions de pratiquer aussitôt la compression digitale, avant mon arrivée. C'est ainsi qu'avant mon intervention décisive j'ai pu vivre avec la tumeur dans une sorte de paix armée.

J'ai temporisé de cette façon, non par hésitation, mais par la crainte motivée d'une hémorrhagie qui aurait pu résulter d'une cautérisation immédiate, même avec un caustique possédant les propriétés hémostatiques du chlorure de zinc.

En effet, les violents battements perçus par la palpation en cinq points différents de la tumeur, les gouttières osseuses que s'étaient creusées les artères afférentes, me faisaient craindre une circulation artérielle trop puissante pour qu'il me fût possible de contenir l'hémorrhagie par une flèche, après chaque ponction ; j'ai craint, en un mot, que le chlorure de zinc n'eût pas le temps de produire son effet et que nous ne fussions débordés.

C'est pour cette cause seulement que j'ai préféré, ainsi qu'on a pu le voir, employer d'abord le procédé des injections coagulantes, non pas que je crusse un seul moment à leur efficacité au point de vue curatif; mais c'était, à mon point de vue, une préparation utile, qui avait pour but de paralyser, incomplètement il est vrai, mais dans une certaine mesure, l'afflux sanguin dans la tumeur.

C'est dans le même ordre d'idées que je me suis servi de la liqueur de Piazza, que nous manions avec tant de succès dans les tumeurs érectiles, et qui a pour avantage inappréciable de produire un effet coagulant, mais non escharotique. Nous n'aurions pas eu la même sûreté avec le perchlorure de fer, qui n'eût pas manqué de produire une eschare au niveau des points de peau amincie que j'ai signalés? Des hémorrhagies foudroyantes auraient été la conséquence de la chute de ces eschares puisque, à notre estimation, chacune des artères afférentes approchait du volume de la radiale. L'observation montre qu'en effet, après chaque injection coagulante, un progrès notable a été obtenu. Les battements ont cessé dans quelques points ; une inflammation évidente, caractérisée par la douleur, la chaleur, s'est produite et a dû certainement entraver notablement la circulation centrale. Je me hâte de dire, pourtant, que ces diverses injections ne pouvaient donner et n'ont pas donné de résultats durables, puisque, peu de jours

après chaque injection et une fois l'inflammation tombée, les battements se reproduisaient, affaiblis il est vrai, mais dans une certaine mesure seulement ; il ne restait donc de nos opérations successives que divers noyaux disséminés, dont l'effet était d'amoindrir l'activité circulatoire, sans nous permettre d'espérer un résultat définitif favorable, par ce seul moyen.

Aussi me suis-je hâté de procéder à l'opération définitive quand j'ai eu moins de crainte au sujet de l'hémorrhagie immédiate.

Cette opération s'est faite avec la plus grande facilité, et 17 flèches ont pu être introduites sans le moindre accident. J'ai été aidé, je l'avoue, dans cette opération, par l'excellente qualité des flèches que notre interne en pharmacie avait préparées avec le plus grand soin, et qui réunissaient au plus haut degré de perfection les qualités essentielles de dureté, de poli et d'acuité qui sont indispensables pour le succès de leur introduction. Quand le cycle de mes flèches a été complet, on a pu remarquer que le sang filtrait, malgré l'obturation des orifices créés, avec une abondance quelque peu inquiétante. Je n'ai pas hésité à doubler l'épaisseur de la flèche introduite par une autre flèche superposée, et j'ai pu panser ma malade sans la moindre inquiétude.

Pour plus de précaution, cependant, j'ai entouré les bases de mes flèches, qui constituaient autour de la tumeur une véritable collerette, d'un certain nombre de bourdonnets de charpie imbibés de baume du Commandeur.

Je m'attendais, à cause du volume considérable de la tumeur et du nombre des flèches employées, à une forte réaction, caractérisée surtout par des douleurs vives et prolongées.

Maisonneuve, qui usait aussi largement que possible de ce moyen de cautérisation, avait, avec une exactitude que je n'ai guère jamais vue démentie par les faits, fixé à sept heures la durée des douleurs produites par les flèches de Canquoin, et je n'étais pas sans inquiétude sur l'effet que cette somme de douleurs très vives pourrait produire sur notre petite malade, d'ailleurs assez délicate. Fort heureusement, il n'en fut

rien. Les douleurs furent très modérées, moins vives peut-être que celles qui avaient été provoquées par les injections de liqueur de Piazza; il est même à noter qu'elles se produisirent surtout vers le troisième ou le quatrième jour, au lieu de suivre immédiatement la cautérisation.

Par rapport à la longueur du temps qui s'écoule entre la cautérisation et la chute de l'eschare, Maisonneuve affirmait, et j'ai pu souvent observer la vérité de cette observation, que toute tumeur cautérisée à l'aide de flèches de Canquoin devait, presque mathématiquement, tomber entre le dixième et le onzième jour de la cautérisation. Ainsi qu'on a pu le voir ici, la règle s'est trouvée en défaut, et je crois que cela tient à la nature essentiellement résistante des tissus que nos flèches ont eu à entamer. En effet, chacun de ces corps étrangers a dû raser de très près le crâne, et la résistance des tissus épicraniens fibreux, aponévrotiques ou musculaires a dû être beaucoup plus grande que celle que présentent les tumeurs auxquelles s'attaque, en général, la cautérisation en flèches, telles que les adénomes, les cancers, etc.

Quel que soit, d'ailleurs, le temps que la masse escharifiée puisse mettre à se détacher, je crois qu'il faut se garder d'exercer sur elle des tractions ou des tiraillements pour en hâter la chute. Tout au plus peut-on se permettre de hâter ce résultat à l'aide d'émollients; encore faut-il en être très sobre au début, car lorsque le sillon éliminateur commence à se produire, on pourrait s'exposer ainsi à des hémorrhagies secondaires; c'est dans cette prévision que l'apparition de quelques gouttes de sang, dans ces conditions, a suffi pour me faire suspendre l'application des cataplasmes.

Le temps nécessaire à la chute de l'eschare n'est pas, d'ailleurs, fût-il très long, complètement perdu, au point de vue de la guérison complète et définitive; ainsi, nous avons pu observer, chaque matin, en étudiant les progrès que faisait l'élimination de notre tumeur, que la cicatrisation marchait progressivement de la circonférence au centre, à mesure que le sillon d'élimination se creusait de plus en plus; aussi, au mo-

ment de la chute définitive de l'eschare, la plaie à cicatriser ne représentait en surface qu'une partie très minime de la perte de substance produite par la cautérisation initiale.

Si nous rapprochons maintenant les trois faits que je viens de rapporter, on peut, je crois, en tirer les conclusions suivantes, au point de vue de la thérapeutique de l'anévrysme cirsoïde :

La cautérisation avec les flèches de pâte de Canquoin, pratiquée comme je l'ai décrite, est un moyen sûr de détruire radicalement les tumeurs de ce genre, et cette méthode si efficace sera applicable dans tous les cas. Il n'en est pas ainsi des autres traitements qu'on pourrait lui substituer.

Ainsi, la *ligature des artères afférentes* est un procédé dangereux et toujours infidèle, en raison des riches anastomoses qui forment la trame constituante de ces tumeurs.

La *compression* directe, pure et simple, est absolument inefficace, pour peu que la tumeur ait un certain volume, et du moment qu'elle est insuffisante, elle devient absolument inutile. Si elle est faite énergiquement, elle ne tarde pas à déterminer, en raison du plan résistant sur lequel reposent les anévrysmes cirsoïdes, des eschares sur plusieurs points et des hémorrhagies graves.

L'examen de la *compression digitale* ne se soutient pas, en raison du nombre considérable des points qu'il serait nécessaire de comprimer, et de la difficulté que créent à cette compression, au point de vue de l'efficacité, les rigoles osseuses que se creusent les vaisseaux afférents.

L'*extirpation au bistouri*, avec ligature consécutive des différents troncs, me semble un véritable acte de témérité. La *ligature* en masse de la tumeur est impraticable, en raison de la largeur de sa base et de la chute trop rapide, et par conséquent périlleuse, de l'eschare.

Restent les *cautères actuels* et les *moyens coagulants*. Or, on a vu, par la première de mes observations, le danger qui peut résulter d'une seule cautérisation en pointes. La cautérisation à l'aide du galvanocautère, qui est un très bon moyen et que j'emploie avec un succès constant pour l'extirpation d'un

grand nombre d'angiomes, sans avoir à combattre le moindre suintement sanguin, ne convient pas pour l'extirpation de l'anévrysme cirsoïde. Il y a, en effet, une condition indispensable à l'emploi de l'anse galvanocaustique, c'est la pédiculisation de la tumeur. Or, il est absolument impossible de pédiculiser une tumeur de 12 à 15 centimètres de diamètre, évasée et reposant sur un plan osseux.

L'*électrolyse* n'est pas non plus applicable. L'introduction des aiguilles, si ténues qu'elles soient, provoquerait très certainement des hémorrhagies dans des tumeurs à vascularisation aussi puissante; et, dans le cas où cet accident immédiat ne se produirait pas, on aurait certainement à compter avec des hémorrhagies secondaires quand les petites eschares qui se produisent fatalement, à un des pôles, commenceraient à se détacher.

On est ainsi ramené, par exclusion, à l'emploi du puissant moyen auquel j'ai dû des résultats complets, et qui me paraît absolument exempt de dangers, soit qu'on traite d'emblée, comme je l'ai fait dans mes deux premières observations, la tumeur cirsoïde, par l'introduction des flèches à la périphérie et à la base de l'anévrysme; soit qu'on entrave d'abord la circulation au sein de la tumeur par des injections coagulantes, pour terminer après par la cautérisation en flèches.

Ce moyen peut se rapprocher du procédé mixte que j'emploie journellement pour le traitement des angiomes ordinaires, et qui consiste à commencer par des injections coagulantes de liqueur de Piazza, pour terminer par la cautérisation superficielle à l'aide de la pâte caustique de Vienne. En effet, ce dernier moyen de traitement, le meilleur sans contredit, pour la cure de l'angiome, eût été inapplicable d'emblée, à cause de l'hémorrhagie immédiate qui survient lorsque l'on commence à attaquer avec le caustique de Vienne des tissus à vascularisation trop développée (1).

(1) Extrait des *Leçons cliniques de chirurgie des enfants*, par L.-A. de Saint-Germain, recueillies et publiées par le Dr Pierre-J. Mercier. — Paris, Lauwereyns. (*Sous presse.*)

CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE.

RECUEIL D'OBSERVATIONS RELATIVES A LA CHIRURGIE DES ENFANTS.

I. *Énorme céphalématome sous le cuir chevelu chez un hémophilique.* — II. *Invagination intestinale. Entérotomie. Mort.* — III. *Calcul vésical. Taille hypogastrique. Guérison.*

Nous continuerons à donner, sous le titre de *Clinique chirurgicale infantile*, un certain nombre d'observations de date récente qui nous auront été communiquées directement et qui n'auront été publiées antérieurement dans aucun recueil. Cette catégorie de travaux, que nous avons inaugurée l'année dernière, a été bien accueillie et a paru susceptible de préparer au travailleur les éléments d'un répertoire très utile de faits cliniques, relatifs à la chirurgie des enfants (1).

(*La Rédaction.*)

I. — **Enorme céphalématome situé sous le cuir chevelu. Hémophilie.** (Recueillie dans le service de chirurgie de l'hôpital des Enfants-Malades par M. MONNIER, interne de cet hôpital, 1883.)

Le jeune Puchs (Charles), âgé de 10 ans, couché au nº 10 de la salle Saint-Côme, a déjà été admis pour une plaie siégeant au sinciput, ayant amené une hémorrhagie très abondante qu'on arrêta par l'application de boulettes de charpie imbibées de baume du Commandeur et par une énergique compression. On constata que le malade était hémophilique.

En 1883, il fait une chute d'un trapèze qui détermine une contusion au niveau de la bosse occipitale externe. Un érysipèle de la face se déclare, et il entre en médecine où l'on constate une plaque érysipélateuse sur la région préauriculaire droite et un empâtement de la plus grande partie du cuir chevelu. Cet empâtement se transforme rapidement en une vaste tumeur fluctuante, occupant la région pariétale gauche. L'enfant passe en chirurgie avec ce diagnostic : « *Érysipèle phlegmoneux suppuré.* »

(1) V. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1883, p. 467.

A son entrée, le 4 janvier 1883, on ne trouva aucun des caractères de l'érysypèle phlegmoneux (rougeur, chaleur, réaction générale), mais on trouve une fluctuation très nette au point susindiqué. On diagnostique un hématome.

On fait le traitement ordinairement employé par M. de Saint-Germain (compresses imbibées de chlorhydrate d'ammoniaque en solution saturée).

Le résultat est nul. L'épanchement augmente rapidement et la tête de l'enfant devint comparable à celle d'un hydrocéphale, avec un périmètre de 57 centimètres. Une légère teinte ecchymotique apparaît même à la paupière gauche.

Le 9 février, M. Valude, interne, sur la prescription de M. de Saint-Germain, passe un séton, à l'aide d'une aiguille à matelas, d'une bosse frontale à l'autre. Il s'écoule de 250 à 300 grammes d'un liquide sanguinolent formé par une sérosité louche et des concrétions noirâtres.

Une compression assez forte est appliquée. Les jours suivants, l'œdème se produisant sur la face, on cessa la compression et il s'écoula encore près de 200 grammes du même liquide. La poche, assez vaste, paraît vidée et la compression est pratiquée de nouveau.

Le liquide ne s'est pas reproduit, l'œdème facial a rétrogradé et l'état local s'est fort amendé. Quant à l'état général, à part un peu de fièvre lors du séton, il a toujours été satisfaisant. Sur ces entrefaites, la cicatrice de l'an dernier s'est rouverte et a donné issue à un peu de liquide louche.

Remarques de l'observateur. — L'érysipèle de la face était accessoire et ne mérite pas d'attirer l'attention.

Sous l'influence du traumatisme, il s'est produit une bosse sanguine, d'une nature particulière, dont il faut apprendre à faire le diagnostic avec le céphalématome des nouveau-nés et avec la bosse sanguine pure et simple.

Chez les nouveau-nés, la tuméfaction siège au niveau d'une des bosses pariétales, ordinairement la gauche. Elle est fluctuante, plus fluctuante même qu'un abcès, car une chiquenaude donne au doigt la sensation de flot. Bientôt un rebord se constitue à son pourtour, si bien que certains observateurs ont cru à une altération osseuse; mais ce rebord est constitué

par des exsudats entre l'os et le périoste, c'est-à-dire au siège même de cette variété de bosse sanguine qui est sous-périostée. Le périoste irrité prolifère et parfois même produit une pellicule osseuse. C'est là le secret de la crépitation parcheminée perçue sur ces tumeurs qui, suivant Nœgele, se produisent pendant la vie intra-utérine, et pour d'autres (Depaul, Tarnier, etc.), sont l'effet d'un traumatisme (attrition prolongée au niveau du col de la vulve, etc.). Il est certain, et cela semble plaider contre l'origine traumatique de ces tumeurs, que le forceps ne les produit jamais.

Quoi qu'il en soit les céphalématomes des nouveau-nés se terminent ordinairement par résorption, plus rarement par suppuration.

Dans la tumeur qui a fait l'objet de l'observation ci-dessus, il n'y a ni rebord ni crépitation ; la tumeur a passé au-dessus des sutures crâniennes, ce que ne fait jamais le céphalématome des nouveau-nés, qui est toujours sous-périosté. Il s'agissait donc bien d'un épanchement sanguin situé au-dessous du cuir chevelu. Il est probable que l'hémorrhagie s'est faite progressivement et ne s'est arrêtée que par la réplétion même de la poche et par une sorte de compression automatique exercée par ses parois.

L'étiologie hémophilique donne un grand intérêt au diagnostic de la tumeur ci-dessus décrite avec une bosse sanguine ordinaire, dont le traitement, à ce degré, eût été la ponction pure et simple. Cette ponction, pratiquée ici au lieu de l'introduction du séton, aurait pu causer une hémorrhagie incoercible.

L'hémophilie doit aussi influer sur le pronostic et sur le traitement ; en effet, la guérison est certaine, mais le malade doit être soumis à un traitement général reconstituant, pour compenser la spoliation qu'il a subie.

On doit lui donner de 10 à 15 gouttes de perchlorure de fer par jour, avec une alimentation riche, et l'envoyer ensuite à la campagne.

II. — **Invagination intestinale. Entérotomie. Mort.** (Recueillie par L. Monnier, interne des hôpitaux).

Le nommé L..., âgé de 4 ans 1/2, entre à l'hôpital des Enfants-Malades, salle Saint-Côme, n° 11, dans le service de M. de Saint-Germain, le 31 octobre 1883.

Cet enfant délicat, mais qui a toujours joui d'une parfaite santé, a été pris, le 26 octobre, à 2 heures du soir, d'une douleur vive dans le ventre, douleur accompagnée de vomissements incoercibles et d'absence complète de selles.

Un médecin appelé constata la présence dans la fosse iliaque gauche d'un long boudin qui lui fit immédiatement songer à une invagination intestinale. Des injections d'air furent employées sans succès.

Le 31 octobre, L... entre à l'hôpital avec tous les signes de l'invagination qu'établit, du reste, d'une façon irréfutable, la présence d'une grosse tumeur dans le rectum.

Des injections à l'aide d'un siphon d'eau de Seltz, une séance d'électrisation de quinze minutes n'amènent aucun résultat.

Le 1er novembre, à 3 heures du soir, M. Peyrot (M. de Saint-Germain étant absent), pratique l'entérotomie au-dessus de l'arcade crurale droite, suivant le procédé de Nélaton.

Dans les jours qui suivent, l'état général s'améliora un peu; les vomissements ne reparurent pas, mais dans la nuit du 5 au 6 il survint de l'agitation et des vomissements légèrement porracés. En même temps il se produisait un renversement de la muqueuse intestinale et le point de suture de la commissure interne cédait.

Le lendemain, le ballonnement du ventre augmente sensiblement; les vomissements deviennent plus rares.

Le 10 novembre, l'enfant meurt dans le collapsus avec un tympanisme abdominal très marqué et sans avoir rendu quoi que ce soit par l'anus.

A l'autopsie, on trouve :

Une péritonite généralisée avec très peu d'épanchement. Elle est au maximum, près de l'incision abdominale; toutefois il ne semble pas qu'il y ait le moindre épanchement au point désuni.

L'incision intestinale porte sur les deux derniers centimètres de l'iléon et sur le premier centimètre du cæcum dont la valvule a perdu ses propriétés, car l'eau y passe sans peine.

L'invagination s'est faite aux dépens du dernier tiers du côlon trans-

verse et une partie du côlon descendant. Au niveau du collet, en arrière sur le cylindre interne, est une perforation de 1 centimètre de diamètre débouchant dans une petite collection purulente parfaitement limitée du reste. Une autre lacune beaucoup plus large s'aperçoit à l'origine du cylindre externe. Mais en aucun de ces points il ne semble s'être fait d'épanchement, peut-être par suite de la consistance considérable des matières qui remplissent le côlon ascendant et transverse.

Chose importante à noter, il n'existe que de très faibles et très rares adhérences au niveau du collet.

En fendant, de bas en haut, le cylindre enveloppant, on trouve un long boudin sphacélé, long de 11 centimètres, sans la moindre adhérence avec la muqueuse qui l'enserre. Le cylindre moyen est fendu sur une longueur de 6 à 7 centimètres.

Ajoutons que les deux plèvres et les poumons sont très fortement hyperhémiés et que 20 à 30 grammes de sérosité roussâtre où flottent des flocons de pus baignent le sinus costo-diaphragmatique gauche.

III. — **Calcul vésical. Taille hypogastrique. Guérison.** (Recueillie par L. Monnier, interne des hôpitaux.)

Le nommé L... (Clément), âgé de 20 mois, entre à l'hôpital des Enfants-Malades, dans le service de M. de Saint-Germain, le 9 octobre 1883, salle Saint-Côme, n° 23.

Enfant chétif, il souffre depuis huit à dix mois dans le bas-ventre, surtout au moment de la miction; toutefois, il n'aurait jamais rendu de sang.

A son entrée, on constate tous les signes rationnels et physiques d'un calcul vésical que l'on juge être de 2 centimètres de diamètre.

Le 20 octobre, opération de la taille hypogastrique. Injection de 70 grammes d'eau tiède dans la vessie qui refuse d'en recevoir davantage, encore s'en écoule-t-il quelques grammes; dilatation du rectum par un ballon de Petersen, un peu gros, car il a 9 centimètres de diamètre.

Après l'incision de la paroi abdominale, M. de Saint-Germain éprouve beaucoup de peine à sentir la vessie, recouverte en grande partie par le rectum distendu, et, le cathéter ayant été retiré, le bistouri est plongé sur le doigt servant de conducteur : un jet de gaz et

l'affaissement de la tumeur indiquent une perforation du ballon et par là même du rectum.

Une deuxième incision ouvre la vessie et permet d'extraire, par parcelles, un calcul qui s'écrase aisément.

Un drain est ensuite introduit péniblement dans la vessie et la plaie suturée : glace sur le ventre.

Le 23 octobre. Le soir de l'opération, la fièvre s'est allumée, et des phénomènes d'une péritonite, moderée du reste, ont apparu et persistent. Le tube-siphon ne servant à rien est enlevé : traitement tonique, lavements nutritifs et antiseptiques.

Le 26. L'enfant s'affaiblit, quoique les phénomènes de péritonite aient disparu : l'urine s'écoule assez bien par la plaie.

On cesse la glace : même traitement d'ailleurs.

Le 29. Amélioration : la plaie est détergée.

Le 5 novembre. L'enfant a rendu quelques gouttes d'urine par la verge.

Après les péripéties opératoires relatées ci-dessus, et la menace, heureusement conjurée, de suites fâcheuses, nous avons eu la satisfaction de voir la fistule vésicale se fermer le 25 novembre et la plaie abdominale réduite à de minimes proportions. L'enfant est sorti de l'hôpital dans des conditions excellentes.

REVUES DIVERSES

Du traitement hydrothérapique dans les maladies infantiles. Communication du professeur Heubner à l'*Ærtzl. Vereinblatt für Deutschland* (*Wiener med. Blatter*, Aug., 30).

La région thoracique chez les enfants formant une part très grande du corps entier, le rafraîchissement de cette partie produit des effets notables sur tout l'organisme.

Un linge mouillé et soigneusement exprimé, à la température de 16 degrés centigrades, sera placé sur la poitrine, le ventre, les cuisses du jeune sujet et ramené sur les côtés, le tout couvert d'une flanelle. Le linge sera renouvelé toutes les demi-heures quand la température du malade sera à 40°, et toutes les heures quand la température sera un peu plus basse.

Ces applications seront ainsi renouvelées pendant la plus grande partie de la journée. Un enveloppement complet de l'enfant dans le linge mouillé abaissera encore davantage la température; mais plus l'enfant est jeune, moins il est capable de supporter ce traitement.

L'hydrothérapie peut être aussi appliquée dans les affections catarrhales, pour produire la chaleur et la transpiration. Dans ce cas, les linges mouillés doivent être recouverts avec un surtout lâche, en flanelle, et peuvent rester en place une heure et demie. L'addition d'un peu de moutarde à l'eau en favorise l'effet.

Pneumonie croupale (1) chez un enfant, traitée avec succès par le bain froid, par le Dr W. H. Day (*British med. Journ.*, oct., 1883).

Jeune garçon, âgé de 13 ans, atteint de céphalalgie et de vomissements avec fièvre et douleurs abdominales. Abattement, stupeur et agitation. Les symptômes thoraciques ne se rencontrent qu'au cinquième jour de la maladie, sous la forme de matité et de souffle rude à la base du poumon gauche.

Malgré cela, le diagnostic de *fièvre typhoïde* semblait s'imposer. La température se maintenant au-dessus de 40°, on se décide à mettre le malade dans un bain froid à 26° centig. Abaissement subit de la température, mais il faut recommencer toutes les deux heures. Le sixième jour, plusieurs bains. Le septième, les signes de la pneumonie s'accentuent. Cataplasmes appliqués sur toute la région correspondant au poumon gauche; les bains sont interrompus, mais les bras sont enveloppés dans des linges mouillés bien exprimés. Le huitième jour, la température qui s'est élevée à 40° tombe, dans l'espace d'une heure, après un nouvel enveloppement des bras. Toux pénible et sèche. Le lendemain, amélioration. Température tombée à 37° 1/4.

L'amélioration continue pendant quelques jours, mais le quinzième jour de la maladie, on trouve de la matité. Bientôt après il y a de la toux, très violente, une haute température vespérale, de l'agitation, de la sueur nocturnes. Ces symptômes continuèrent environ trois semaines, puis le malade alla mieux et, après environ un mois de séjour au bord de la mer, revint tout à fait à la santé.

---

1) C'est-à-dire fibrineuse et non diphthéritique. (*La Rédaction.*)

Rheumatism and its allies in childhood (Le rhumatisme et ses alliés dans l'enfance). Communication du Dr Thomas Barlow à la réunion annuelle de la *British medical Association* (*Brit. med. Journ.*, sept. 1883, p. 509).

Il est impossible de définir scientifiquement ce que l'on entend à présent par *rhumatisme*, aussi vaut-il mieux y renoncer et chercher à se mettre d'accord sur les caractères constitutifs d'une fièvre rhumatismale type, sur les rechutes, sur les suites ou les retours de l'affection.

Actuellement l'attention est surtout attirée sur une forme de rhumatisme par rapport à laquelle on est loin d'être d'accord : le rhumatisme *scarlatineux*.

On présente souvent le rhumatisme comme une suite de la scarlatine, mais c'en est plutôt une complication qu'une suite.

Souvent on remarque dans la scarlatine de l'enflure au niveau des gaines des tendons et bientôt les articulations sont prises; mais ces symptômes disparaissent bientôt par l'action du salicylate de soude. Dans quelques cas, l'épanchement se localise dans une articulation et devient purulent.

On trouve aussi, dans la scarlatine, une affection des séreuses parallèle à l'affection articulaire, comme dans le rhumatisme ; mais la purulence fréquente des épanchements est pour ainsi dire le cachet de la scarlatine,

Quant aux *affections de la peau*, dans leur rapport avec le rhumatisme, l'auteur ne croit pas que l'*érythème noueux* soit étroitement lié avec le rhumatisme, et encore moins qu'il ait une tendance à se tourner en rhumatisme.

Les rapports de l'*érythème papuleux* et de l'*érythème marginé* semblent beaucoup mieux établis.

L'*urticaire* et le *purpura* sont aussi quelquefois en relation avec le rhumatisme.

Rapports du rhumatisme avec la chorée, d'après le Dr Th. Barlow.

La chorée doit être regardée plutôt comme un symptôme que comme une maladie.

On ne peut pas affirmer que la chorée soit toujours rhumatismale Pourquoi en effet n'en dirait-on pas autant du délire et de l'hyperthermie qui se rencontrent aussi dans le rhumatisme?

La chorée coïncide si souvent avec d'autres symptômes rhumatismaux ou les remplace, que nous sommes autorisés à la considérer

provisoirement comme étant elle-même un symptôme du rhumatisme.

Les préparations salicylées ne sont pas d'un usage fréquent dans le rhumatisme des enfants ; elles sont au contraire trés utiles dans les cas d'épanchements articulaires, accompagnés de douleur et de fièvre.

Le *rhumatisme des enfants dans un grand nombre de cas est insidieux ; la détermination articulaire est peu accentuée ; la douleur et la fièvre sont peu marquées.* (D'après *The London Medical Record.*)

The prevention and treatment of chilblains (Des engelures; moyen de les prévenir et de les guérir), par le Dr Dawson Williams, de Londres. (Dans le *Brit. med. Journ.*, 22 décembre 1883, p. 1233.)

Il est douteux qu'on puisse considérer les engelures seulement comme des congestions locales. Elles se rapprochent beaucoup de l'inflammation, dont elles possèdent, même à l'état prétendu *érythémateux*, les quatre signes (*rubor*, *tumor*, *calor et dolor*), elles pourraient être appelées des dermatites aiguës simples.

Négligée à cette première période, l'engelure se transforme bientôt en une ulcération superficielle, entourée d'une zone profondément enflammée et richement vascularisée. Le doigt ainsi affecté est tellement sensible au moindre attouchement, que les enfants deviennent nerveux et évitent la compagnie de leurs camarades. Rien n'est plus raisonnable que d'accepter cette tendance et de les accepter comme malades pour un jour ou deux. On appliquera des cataplasmes jusqu'à ce que l'inflammation périphérique ait disparu. L'ulcère, traité ensuite comme une plaie simple, guérira bientôt.

Quelquefois, au-dessous, ou même en avant de l'engelure, il se produit un sphacèle limité, comprenant toute l'épaisseur de la peau ; après l'élimination de l'eschare, il reste un ulcère profond, taillé à pic, mais sans inflammation périphérique. Cet ulcère est beaucoup moins douloureux que l'ulcération simple; il guérit lentement et laisse une très laide cicatrice.

Traitement. — Les *contre-irritants* ne valent rien dans la première période, appelée à tort *érythémateuse ;* une exception peut être faite en faveur de l'iode qui agit plutôt comme astringent et qui, en durcissant les couches externes épidermiques, exerce ainsi une certaine pression sur les couches profondes de la peau.

Le collodion ne vaut rien. Il craque et la peau craque avec lui.

L'enveloppement des doigts avec le coton est excellent. Une légère lotion à la calamine (oxyde de zinc, carbonaté, hydraté), faite dès le début, calmera singulièrement la démangeaison.

Les engelures surviennent surtout quand le temps est à la fois humide et froid ; pendant le dégel, plutôt que pendant la gelée.

Il ne faut pas se servir, pour se laver les mains, d'eau tiède, ni même d'eau chaude ; l'évaporation qui suit amenant plus de froid que l'eau n'a amené de réchauffement. Il n'en sera pas de même de l'eau très chaude qui relève la température locale, surtout quand on essuie avec soin les mains ensuite. L'eau *très chaude* soulage l'irritation, diminue l'étendue des engelures déjà existantes, empêche la formation de nouvelles. D'ailleurs, l'usage récent que l'on a fait en général de l'eau très chaude, comme hémostatique, prouve que son action est différente de celle de l'eau tiède ou de l'eau ordinairement chaude.

Les enfants atteints d'engelures feront usage de bas et de gantelets de laine montant jusqu'à l'aisselle ; on aura le plus grand soin de ne pas leur laisser mettre de chaussures ou de gants humides. Les chaussures seront chauffées, même quand elles ne seront pas humides en apparence.

Quant à l'état général, les toniques, le phosphate ferrugineux seront utiles. Il est douteux que l'huile de foie de morue et le régime fortifiant soient de quelque utilité.

Cases of empyema in children, treated by removal of a portion of a rib (*Guy's Hospital Reports*, vol. XLI. London, 1883).

La meilleure méthode du traitement de l'empyème, chez les enfants, est celle qui donne le drainage le plus parfait de la cavité pleurale.

L'incision simple n'atteint pas ce but à cause de la brièveté de l'espace intercostal chez les enfants, plus marquée encore après l'ouverture de la cavité thoracique. Cette brièveté ne permet pas l'introduction d'un gros tube à drainage, et quand même ce tube serait introduit, le déplacement incessant qui lui est imprimé par les mouvements des côtes l'empêcherait d'agir suffisamment, tandis que l'irritation causée par ces déplacements pourrait amener la carie des surfaces osseuses.

Pour ces motifs, W. Arbuthurt Lane, s'appuyant sur cinq cas de

sa pratique, rapportés avec beaucoup de détails, croit qu'il y a lieu de pratiquer, même chez les enfants, la résection primaire de la côte. Il fait cette résection sous-périostée, au point le plus déclive de la cavité, c'est-à-dire, pour lui, à la neuvième côte, sur la ligne axillaire, après une ponction exploratrice préalable ; il sonde la cavité et en fait au besoin un lavage, y met un drain de la grosseur du doigt, pratique, quand cela est nécessaire, une contre-incision et roule par-dessus le pansement antiseptique une bande élastique, tant pour empêcher le pansement de glisser que pour faciliter le rapprochement des parois de l'abcès.

Un prompt succès a suivi cette conduite dans trois des cas rapportés. La réparation osseuse de la côte fut très rapide, si l'on s'en rapporte aux résultats de l'autopsie des deux autres opérés qui succombèrent, le premier, huit jours après l'opération, à une bronchite, le second, après trois semaines, à une péricardite. Chez les deux sujets, on trouva l'ouverture de la lacune costale comblée en très grande partie.

Pour que l'indication de la résection d'emblée de la côte, dans les cas où l'issue du pus et le placement de la canule présenteront des difficultés, soit incontestable, il sera nécessaire, ce qui ne serait pas inutile, même pour l'adulte, avant que l'usage de cette opération ne fût généralisé, de considérer, en tenant compte de l'expérience acquise, si la ponction (au trocart) ou l'incision simple n'auraient pas des résultats aussi prompts et moins mêlés de risques (d'après Kramer, de Berlin, *Centralblatt für Chirurgie*).

Doppelseitiger Brustschnitt (Pleurotomie bilatérale), par le Dr Brausser, de Ratisbonne. (Dans *Münchener Ærtslich. Intelligenzblatt*, 1883, n° 43.)

Petit garçon de trois ans, fort et vigoureux. Après une scarlatine : néphrite, pneumonie et pleurésie exsudative double. Quatre semaines après le commencement de la maladie, fièvre.

Deux semaines et demie après, la présence du pus est constatée au moyen du trocart explorateur, et, aussitôt, la section pleurale est pratiquée, à droite, entre la sixième et la septième côte, sur la ligne axillaire. Il sort environ un quart de litre de pus, sans odeur.

La dyspnée cède en partie, mais la température continue à se tenir élevée.

Dix jours après la première opération, la pleurotomie est faite aussi du côté gauche. Un peu plus de pus, mais dans les mêmes conditions, fait issue au dehors. Guérison définitive après environ deux mois (d'après Haus Schmid, de Berlin, *Centralblatt für Chirurgie*).

Des manifestations oculaires de la scrofule et de la syphilis héréditaires, communication de M. Abadie. (*Société française d'ophthalmologie*. Session de 1884, séance du 30 janvier. In *Semaine médicale*, nº 7.)

M. Abadie. — Les sujets appartenant à la seconde enfance, et même assez souvent à l'âge adulte, sont fréquemment tourmentés d'affections oculaires, assez peu clairement déterminées jusqu'ici, et qu'on attribue généralement à la scrofule; ces affections relèvent certainement de la syphilis héréditaire, ainsi que le démontrent et l'examen approfondi des antécédents, et l'efficacité du traitement spécifique bien dirigé.

La principale de ces lésions oculaires est la kératite parenchymateuse si connue, celle qu'Hutchinson a rattachée le premier à la syphilis héréditaire, montrant sa coïncidence avec les lésions ordinaires de cet état pathologique (altération des dents, etc.). Malgré les travaux de l'auteur anglais, l'accord est loin d'être fait sur ce point, et bon nombre d'ophthalmologistes attribuent cette affection à la scrofule, ou font jouer un rôle important, dans son étiologie, à la misère physiologique, en dehors de tout état diathésique particulier.

Dans la syphilis héréditaire encore, il faut, selon mes observations, faire rentrer certaines formes d'iritis, prenant d'emblée la forme chronique, et, chose caractéristique, s'accompagnant de lésions des membranes du fond de l'œil, dues à la même cause spécifique. Cette affection se rencontre chez les jeunes sujets de 12 à 20 ans; sa marche, immédiatement chronique, diffère totalement de l'iritis de la syphilis acquise, à début plus ou moins aigu. Jamais, dans ce cas, on ne rencontre de cercle vasculaire comme dans l'iritis aigu, et il faut, croyons-nous, donner beaucoup d'importance à la coexistense de choroï-rétinites plus ou moins étendues. Enfin, l'influence heureuse du traitement, comme pierre de touche, achèvera de lever tous les doutes.

Pourquoi le doute est-il encore si général sur cette question? Cette incertitude tient, je crois, à deux causes qui sont : en premier lieu

la difficulté où l'on est placé de retrouver la syphilis chez les ascendants, et, en second lieu, les insuccès fréquents du traitement syphilitique. La première raison offre parfois quelque apparence de vérité, car il n'est pas rare, en effet, de chercher en vain la syphilis chez les parents de l'enfant suspect; mais, outre qu'un interrogatoire patient et minutieux réussit souvent à faire découvrir un accident caractéristique, il faut bien savoir que l'étendue des lésions de la syphilis héréditaire ne dépend nullement de la gravité de la syphilis des ascendants. Un père et une mère affectés de syphilis légère, presque ignorée, peuvent engendrer un enfant entaché, d'une forme grave, de syphilis héréditaire. Cette intensité plus ou moins grande de l'affection héréditaire dépend surtout de la période de transmissibilité, et il est curieux de voir une mère syphilitique engendrer successivement des enfants atteints très gravement, puis moins sérieusement, puis enfin absolument sains, suivant que sa syphilis, à elle, est à la période d'état, de convalescence, ou guérie, autant, du moins, qu'on peut être guéri de la syphilis.

Quant à l'objection tirée de la non-réussite du traitement, elle tombe devant l'observation suivante, qui résulte de l'expérience des faits de ma pratique. J'ai observé, et des travaux récents font la même remarque, que les diverses formes de la syphilis ne sont pas accessibles au même mode de traitement. Tel accident syphilitique sera rebelle au sirop de Gibert, à la pommade mercurielle, qui cédera aisément à l'administration d'une autre préparation mieux appropriée. Tels sont les faits qui ont été observés pour la syphilis acquise, et on les trouve parfaitement applicables aux accidents oculaires de la syphilis héréditaire. J'ai vu souvent des kératites parenchymateuses résister à l'iodure de potassium aux plus hautes doses, aux frictions mercurielles, pour disparaître rapidement sous l'influence du traitement par les injections sous-cutanées du bichlorure de mercure. Une autre préparation mercurielle qui réussit aussi admirablement, dans les cas où le sirop de Gibert et les autres moyens ont échoué, est la solution anglaise préconisée par M. Besnier, et qui n'est autre chose qu'une préparation de sublimé associée à l'iodure de potassium. Quoi qu'il en soit, il s'agit toujours ici d'un traitement spécifique, et sa prompte efficacité est une preuve puissante du fait que j'avance, qu'il y a lieu de comprendre ces affections oculaires dans le cadre des manifestations de la syphilis héréditaire.

Dans la discussion qui fait suite à cette communication, M. Panas

ne partage pas l'avis de M. Abadie. Il trouve que la preuve tirée de la réussite du traitement par les mercuriaux et l'iodure de potassium n'est pas suffisante ; l'iodure de potassium, en effet, réussit très bien chez les rhumatisants et les scrofuleux. D'après M. Panas, le tableau de la syphilis héréditaire, d'après Hutchinson, est beaucoup trop chargé. Beaucoup de kératites parenchymateuses doivent être rattachées au rhumatisme et surtout à la scrofule. D'ailleurs, la kératite parenchymateuse ne se rencontre pas chez les adultes notoirement syphilitiques. La syphilis des enfants serait-elle donc différente de celle des adultes ?

M. Parinaud rappelle les résultats de son mémoire. (*Arch. gén. de méd. et de chir.*, novembre 1883.) Il a cru l'origine syphilitique bien établie toutes les fois qu'il a trouvé la coïncidence de ces trois faits : *kératite interstitielle, altérations dentaires, fausses couches de la mère et mort des enfants en bas âge.* Ces trois faits sont plus satisfaisants comme renseignements que l'enquête fort difficile sur la maladie des parents. Dans 23 cas observés par lui, la syphilis a été établie par la coïncidence de ces trois faits et par les aveux des parents. Dans 9 cas, elle a été seulement probable. L'histoire des différentes grossesses de la mère lui a appris qne la kératite interstitielle s'observe surtout sur les enfants qui ont été conçus à une époque où la syphilis était en décroissance chez les parents, et ces enfants sont souvent exempts de la syphilis infantile qui a frappé leurs aînés. D'où M. Parinaud a été conduit à formuler cette opinion, que la *kératite interstitielle est l'expression d'une syphilis atténuée des parents ;* qu'elle n'est pas probablement une lésion spécifique. Cette opinion est d'accord avec celles de MM. Nicati et Fournier, d'après lesquels la syphilis ne produit pas seulement des lésions syphilitiques ; ce qui est vrai surtout pour la syphilis héréditaire.

Tout en reconnaissant l'utilité du mercure, et surtout de l'iodure de potassium, M. Parinaud ne croit pas que ces médicaments agissent comme spécifiques ; ils sont également utiles quand l'affection n'est pas d'origine syphilitique, et chercher une preuve dans la spécificité du médicament n'aurait pour résultat que de compliquer une question déjà trop compliquée.

M. Nicati dit que la kératite parenchymateuse se trouve, en effet, chez les syphilitiques, mais qu'elle n'est pas une lésion spécifique comparable aux gommes. Elle résulte, en effet, du défaut général de la nutrition dû à la cachexie qu'entraîne la syphilis héréditaire.

Des paralysies chez les choréiques, d'après un compte rendu d'un travail du Dr OLLIVE. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1884, p. 71.)

Les paralysies chez les choréiques ont été signalées par Bouteille, Trousseau, par MM. Cadet de Gassicourt, Huchard; mais elles ont été surtout étudiées en Angleterre. A propos d'une observation personnelle, M. Gustave Ollive vient de résumer ce qu'on sait sur ces faits pathologiques.

L'affaiblissement musculaire est de règle dans la chorée, mais les *troubles paralytiques vrais sont très rares*. Ils apparaissent à toutes les époques de la névrose, la précèdent même; les mouvements n'existant pas encore, ou n'ayant qu'une importance secondaire (*chorée molle*, limp chorea des Anglais), ils sont quelquefois précédés de mouvements qui reparaissent dès que la paralysie s'atténue; ils peuvent enfin être les phénomènes ultimes de la maladie.

1° *Paralysie avant la chorée.* — Prodromes analogues à ceux de la chorée vulgaire, puis des troubles parétiques apparaissent dans les bras, puis dans les membres inférieurs, puis dans tous les muscles en même temps. Faux pas. Titubation. Inhabileté des mains. La paralysie peut devenir complète et l'enfant être obligé de se mettre au lit. Dans des cas très rares, les réflexes tendineux sont abolis et la phonation est impossible. Les mouvements choréiques, d'abord très légers, apparaisseut alors, et, de deux choses l'une : ou la chorée prend promptement le dessus, et les mouvements incoordonnés remplacent la paralysie; ou la paralysie, traversée seulement par quelques mouvements, occupe seule la scène jusqu'à la guérison. (C'est là proprement la *chorée molle*.)

2° *Paralysie pendant la chorée.* — Une paralysie peut intervenir dans une chorée généralisée et la suspendre. Une hémiplégie, respectant le plus souvent la face, ou une monoplégie peut se substituer aux mouvements incoordonnés d'un côté ou d'un membre (souvent du bras gauche). On voit quelquefois la forme paraplégique. La paralysie coexiste avec quelques légers mouvements, qui s'accentuent quand la force revient.

3° *Paralysie terminant la chorée.* — Mode d'invasion variable : *brusque*, et succédant du jour au lendemain aux mouvements; *progressif*. Cette dernière forme est souvent fort longue.

Diagnostic de la paralysie des choréiques. — Avec la méningite tuberculeuse; les paralysies consécutives aux maladies aiguës; la paralysie infantile; la paralysie du mal de Pott, la paralysie hystérique;

les paralysies traumatiques (décrites par Chassaignac, sous le nom de *paralysie douloureuse des jeunes enfants* ou de *torpeur musculaire*).

Pronostic. — Les paralysies choréiques finissent toujours par guérir.

Mort subite dans la diphthérie pendant une irrigation de la gorge. — M. Chantemesse, interne des hôpitaux, a rapporté devant la *Société clinique* le cas, dont l'observation a été publiée par la *France médicale*, d'une jeune femme robuste atteinte depuis quatre jours d'une angine diphthéritique, de gravité moyenne, et qui succomba à une syncope, au début d'une irrigation, dans la gorge, d'eau phéniquée froide, au centième. A peine quelques cuillerées de cette eau avaient-elles été lancées par l'irrigateur sur les amygdales de cette malade, assise sur son lit, qu'on vit apparaître quelques contractions convulsives sur les muscles de son visage, et qu'elle retomba privée,de connaissance sur son oreiller. La mort eut lieu quelques minutes après.

La mort subite, incident qui n'est pas exceptionnel dans le cours de la diphthérie, a-t-elle simplement coïncidé avec l'irrigation, ou bien a-t-elle été le résultat direct de l'injection d'un liquide froid et légèrement caustique?

M. Chantemesse ne considère l'irrigation que comme une cause très secondaire de la mort; il rapporte à ce propos trois faits d'angine diphthéritique observés par lui dans le service de M. Fernet, et terminés par la mort subite.

Les deux premiers cas concernaient deux jeunes enfants atteints de diphthérite pharyngée maligne. Cette angine, après quinze jours de soins et de lavages antiseptiques, était guérie. A ce moment il se manifesta un ralentissement considérable du pouls (15, 25 pulsations à la minute); le dernier jour, les malades présentèrent une ou deux ébauches d'attaque épileptiforme pendant environ une minute, et succombèrent pendant l'un de ces accès.

Le troisième malade, homme très vigoureux, dont l'angine diphthéritique remontait à quatre jours, s'alimentait très bien. Le lendemain de son entrée à l'hôpital, étant assis sur son lit, il fut pris subitement d'une attaque épileptiforme, de très courte durée. A peine eut-on le temps d'accourir auprès de son lit, qu'il était mort.

Ces observations démontrent quelle réserve il faut apporter à incriminer le lavage de la gorge chez cette femme infectée de diphthérie,

et combien on aurait tort de renoncer, à cause de ce cas malheureux, à des irrigations si utiles, pratiquées tant de fois sans dommage.

L'intoxication diphthéritique n'est pas le seul état infectieux qui puisse amener une syncope mortelle. Cet accident survient souvent à l'occasion d'une cause insignifiante dans le cours de la fièvre typhoïde, de la variole et de certaines pleurésies infectieuses.

Recherches sur les modifications de la température par les onctions générales, dans les maladies fébriles des enfants, par le Dr P. Colrat, médecin des hôpitaux de Lyon. (*Lyon médical*, 13 janvier, 1884.)

L'expérience de Fourcault (*Académie des sciences*, comptes rendus, avril 1838) a démontré que l'application d'un vernis imperméable sur la peau des animaux amène un abaissement de la température.

Breschet et Becquerel ont fait voir que la colle de pâte et le suif donnent les mêmes résultats.

Les onctions avec les corps gras ont tenu une grande place dans l'hygiène des anciens, et les applications thérapeutiques de collodion ont été préconisées par Robert Latour.

La plupart des auteurs attribuent à Schlemann, de Hanovre, le mérite d'avoir introduit dans la thérapeutique l'usage des corps gras sur toute la surface cutanée; pourtant, d'après West, le livre de Schlemann, qui parut en 1848, avait été précédé par une publication de Taylor, de Londres, dans le même sens. Schlemann pratiquait les onctions avec du lard, et les employait seulement dans la scarlatine, pendant quatre semaines au moins, autant pour combattre l'élément thermique que pour diminuer les chances de contagion.

La pratique de Schlemann fut bientôt suivie par Daline Mauthner (de Vienne), par Eberth, Walz, Holh, Day, Badd (de Bristol), qui constatèrent la même efficacité antithermique, mais ne virent pas que la desquamation fût empêchée.

Les conditions intimes de l'abaissement de température, périphérique ou centrale, ne furent pas, dans l'enfance des études de thermométrie médicale, soumises à une investigation rigoureuse. Senator seul (*Virchow's Archiv*, 1877, p. 182) a poursuivi ces recherches en variant les enduits (*Firnissen*). Il a trouvé qu'à l'état physiologique ces enduits ne déterminent chez l'homme que des modifications thermiques à peu près nulles ou négligeables. Chez le fébricitant,

ces modifications seraient seulement un peu plus marquées. Senator suppose toutefois que l'enfant, en raison de la grande étendue de sa surface extérieure, subirait un abaissement thermique plus marqué. Toutefois cette hypothèse n'a pas encore été vérifiée par l'expérience.

Le Dr Colrat a employé les onctions grasses (cérat, vaseline) dans le but d'abaisser la température chez de petits malades atteints de scarlatine, de variole, de broncho-pneumonie, etc.

L'onction a toujours été suivie d'une période de bien-être, de calme, de sommeil et, dans la plupart des cas, d'un abaissement de la température générale du corps, variant de 0°,5 à un degré (température rectale), le plus ordinairement; de deux degrès, exceptionnellement.

La chute de la température commence immédiatement après l'onction (quelques dixièmes de degré dans les cinq premières minutes). C'est ordinairement au bout d'une heure que l'on obtient le maximum de l'abaissement; puis la température remonte lentement, en deux heures et demie ou trois heures, à son degré initial.

Une nouvelle friction ramène les mêmes phénomènes.

La plupart des observations ont été prises sur des enfants de un à deux ans; mais la méthode a été appliquée sur deux petits malades, âgés l'un de 13 jours, l'autre de 3 mois, et c'est sur ces deux derniers que les plus grands abaissements thermiques (1 degré 1/2 à 2 degrés au plus) ont été obtenus.

Ces résultats sont remarquables en regard des accidents mortels que déterminent fréquemment les onctions grasses chez les animaux, en regard aussi de l'exemple cité souvent d'un enfant recouvert d'un vernis doré pour représenter l'âge d'or (au moment de l'élévation de Léon X), et qui succomba.

Il n'y a, chez les enfants enduits de matières grasses, ni albuminurie, ni congestions viscérales.

Il serait important d'étudier cette même action sur des enfants plus âgés.

L'explication du phénomène peut-elle être fournie par la physiogie?

La fixité de la température chez les animaux à sang chaud est due à ce que le système nerveux intervient pour faire varier la température animale en sens contraire aux variations de la température extérieure. Le double système vaso-moteur préside à cette régulation.

Les corps gras et les vernis étendus sur la peau semblent augmenter la déperdition du calorique (Expériences de Laskiewitsch et de Lomikowsky. *Reichart's Archiv*, 1868, p. 65, et *Journal de l'anatomie et de la physiologie*, de Ch. Robin, juillet 1878. V. aussi Feinburg *Archiv für pathol. Anat. und Physiol.*, LIX, 1, 2).

Les animaux, recouverts d'un enduit gras ou d'un vernis, présentent bientôt un abaissement de la température, qui va toujours en augmentant jusqu'à la mort, laquelle survient le plus souvent si on ne recouvre pas les animaux de couvertures.

Chez l'enfant, le refroidissement est temporaire et chez l'homme, il est nul ou négligeable. Ces différences viennent de la différence de structure qui existe entre la peau de l'homme et celle des animaux, et à la différence de rapport du volume à l'étendue de la surface extérieure chez l'homme et chez l'enfant.

Traube, Lorain et Falk regardent la congestion de la peau comme la cause du refroidissement.

Ces diverses théories considèrent le refroidissement comme le phénomène capital, mais les premiers expérimentateurs (Fourcault, Valentin, Edenhuizen) considéraient les accidents causés par le vernissage comme un empoisonnement du sang résultant de la rétention d'une partie des *excreta*.

Catte théorie doit être abandonnée devant les faits.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

1° Comptes rendus de livres. — 2° Recueils étrangers de pédiatrie. 3° Ouvrages reçus.

I. — Comptes rendus de livres.

Des éruptions vaccinales généralisées (vaccinides) et de quelques dermatoses suscitées ou rappelées par la vaccination, par le Dr L. H. Dauchez, ancien interne des hôpitaux de Paris. (*Paris, Delahaye et Lecrosnier*, 1883.)

L'auteur de ce travail très conciencieux et très étudié ayant eu l'occasion d'observer, à l'hôpital des Enfants-Malades, un certain nombre d'éruptions vaccinales généralisées, a jugé utile de les décrire, d'en démontrer la nature et les rapports qui existent entre celles-ci et l'état constitutionnel du sujet.

Appuyé sur un historique complet, sur des pièces justificatives empruntées à l'expérimentation et à la statistique aussi bien que sur un grand nombre d'observations, dont plusieurs sont personnelles, M. Dauchez arrive à des conclusions dont voici le résumé :

Le vaccin fait surgir chez certains enfants prédisposés des éruptions vaccinales secondaires, qui se distinguent de celles de la variole inoculée par les caractères suivants : incubation plus courte, absence de symptômes généraux, évolution rapide des pustules, absence de contagion, inocuité des éruptions.

La période fébrile de la vaccine se complique chez certains sujets d'éruptions secondaires, survenant en général du septième au onzième jour. Les unes (vacine généralisée) peuvent être inoculées ; elles résultent parfois d'une inoculation accidentelle, soit par l'action des ongles, soit par une piqûre ; parfois elles apparaissent spontanément et conservent l'aspect d'une fièvre éruptive toujours bénigne. Les autres, non inoculables, sont la roséole vaccinale, les éruptions pemphigoïdes eczémateuses et purpuriques.

La *roséole vaccinale* (érythème vaccinal roséolique des Allemands) est apyrétique et sans catarrhe des muqueuses; elle paraît du huitième au onzième jour, dure de un à trois jours, paraît sous forme de poussées successives, n'est pas contagieuse et s'éteint sur place sans desquamer. (Diagnostic : *rougeole*, *érythèmes médicamenteux*, — chloral, morphine, belladone, — *éruptions dentaires*, *érythèmes toxiques*, variole, diphthérie, choléra, ictère grave.)

La *miliaire vaccinale*, beaucoup plus grave, ressemble aux autres éruptions miliaires, — du huitième au onzième jour. Pronostic très bénin.

Le *pemphigus* trouble parfois la marche de la vaccine : *pemphigus local ou phlycténoïde*, par fusion de plusieurs pustules vaccinales; *pemphigus généralisé*, hémorrhagique chez les cachectiques (tuberculeux, brightiques).

Le *purpura* peut naître, soit comme conséquence de la piqûre, soit comme purpura fébrile aigu chez les hémophiliques.

Conclusion pratique : faire des piqûres légères, une à chaque bras, ou légères et très espacées chez les enfants atteints d'eczéma, d'impétigo chez les cachectiques, les hémophiliques. MERCIER.

II. — Recueils étrangers de pédiatrie.

L'*Archivio di patologia infantile*, periodico bimestrale, fondé et dirigé par le prof. Luigi Somma et rédigé par les D[rs] Vincenzo Meyer, Giuseppe Somma, prof. Francesco Arena, créé en même temps que la *Revue des maladies de l'enfance*, vient d'entrer dans la deuxième année de son existence.

L'année 1883 a vu aussi la fondation de la *Revista de Enfermedades de Niños*, Madrid, et l'année 1884 celle de *The Archives of Pediatrics*, journal des maladies des enfants du premier et du second âge, par le D[r] William Perry Watson, médecin des maladies des Enfants au Dispensaire central et assistant à *Christ Hospital*, Jersey City (New Jersey).

La pédiatrie associée à la gynécologie a aussi donné naissance aux *Archivos de Ginecologia y enfermedades de la infancia*, rédigée par les D[rs] Calderin et Tolosa Latour, à Madrid, 1884.

III. — Ouvrages reçus.

La *Revue des maladies de l'enfance* a reçu :

Il Benzoato di soda nella diarrea estiva dei bambini (*Le benzoate de soude dans la diarrhée d'été des enfants*), par le D[r] R. Guaita (de Milan).

Medicinische Jahrbücher redigirt von prof. Albert, prof. H. Kundrat und prof. E. Ludwig (*Annales médicales*, publiées par les prof. Albert, Kundrat et Ludwig), année 1883, III et IV[e] cahier. Vienne. Wilhelm Braumuller, libraire éditeur.

Estudios clinicos de Neuropatologia (*Etudes cliniques de pathologie du système nerveux*), par le D[r] José Armangué y Cuset, professeur adjoint de clinique à la Faculté de Barcelone.

Faits cliniques et expérimentaux pour servir à l'histoire de la tuberculose, par L. Landouzy et H. Martin (Extrait de la *Revue de médecine*).

De la myopathie atrophique progressive (myopathie héréditaire, débutant dans l'enfance par la face, sans altération du système nerveux). Travail du laboratoire de M. Vulpian. *Comptes rendus de l'Institut*, janvier 1884, par Landouzy et Déjerine.

Le gérant : H. LAUWEREYNS.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy, successeur, 52, rue Madame et rue Monsieur-le-Prince, 14.

REVUE MENSUELLE

DES

MALADIES DE L'ENFANCE

Avril 1884

TRAVAUX ORIGINAUX

DE LA GUÉRISON DE LA MÉNINGITE (1).

Par le Dr Cadet de Gassicourt.

PLAN DE LA LEÇON.

1° *Méningites cliniquement identiques à la méningite tuberculeuse miliaire et suivies de guérison.* — Observations de Cheyne, d'Abercrombie, de Jahn, de Rœser, de Hahn, de Rilliet, de Trousseau, de Barth, de West, de Millaud, de Landrieux et de moi.

2° *De la nature de ces méningites.* — Ce ne sont pas des méningites cérébro-spinales, traumatiques, par insolation, par carie du rocher, etc. Ce ne sont pas non plus des méningites simples idiopathiques, dont la réalité est, d'ailleurs, fort contestable.

Méningites développées autour de tumeurs tuberculeuses. Observations avec autopsie. Réflexions. Différences d'évolution et de pronostic entre ces méningites et les méningites tuberculeuses miliaires. Du processus de guérison.

Méningites non tuberculeuses. Quelques-unes d'entre elles peuvent être cliniquement identiques à la méningite tuberculeuse miliaire.

Méningites fibreuses, syphilitiques, sclérotiques, etc. Observations de Dreyfous, de Fournier, de Jules Simon. Observation personnelle.

Conclusions. — *Résumé.*

Messieurs,

Dès le début de nos études sur la méningite tuberculeuse, je vous ai parlé des divergences de vues qui séparent les auteurs

(1) Leçon extraite du 3e volume du *Traité clinique des maladies de l'enfance*, par le Dr Cadet de Gassicourt. — Paris, Octave Doin. (*Sous presse.*)

les plus recommandables à propos de la guérison possible de cette maladie; je vous ai dit que plusieurs esprits distingués tenaient pour l'affirmative, que d'autres regardaient la guérison comme tout à fait impossible; j'ai ajouté enfin que, selon moi, certaines évolutions morbides, cliniquement identiques à celles de la méningite tuberculeuse, mais sur la nature desquelles je réservais mon jugement, pouvaient se terminer par le retour à la santé. Je n'étais pas en mesure de vous exposer alors mes idées à ce sujet, car leur intelligence suppose la connaissance préalable de la méningite tuberculeuse, et je ne vous en avais pas encore raconté l'histoire. Le moment est venu de vous dire comment je comprends la question, et à quel point de vue je me place pour tenter de la résoudre.

Remarquez bien, Messieurs, l'expression dont je me sers. Je l'emploie à dessein, car c'est une tentative de solution et non pas une solution absolue que je vais vous proposer aujourd'hui. Pour obtenir un résultat plus complet, pour comprendre comment et dans quelles conditions certaines méningites peuvent guérir, il nous faudrait être tout à fait éclairés sur la clinique des diverses affections cérébro-méningées; il nous faudrait saisir les rapports qui existent entre leur symptomatologie et leur anatomie pathologique; il nous faudrait enfin savoir rattacher toutes les lésions de l'encéphale à leurs causes nosologiques. Or, vous n'ignorez pas de quelles obscurités est enveloppé ce sujet, et vous jugez sans peine que je n'ai pas la prétention de les dissiper toutes. Je me déclarerai satisfait si les indications que je vais vous donner suffisent à vous faire entrevoir le but que nous ne pourrons atteindre.

Plan de la leçon. — Le plan que je vais suivre, en traitant cette question ardue, est d'une simplicité extrême. Il consistera à vous faire connaître tout d'abord les faits sur lesquels s'appuient les partisans de la curabilié de la méningite tuberculeuse; à vous dire ensuite par quelles raisons, tout en regardant ces faits comme incontestables, je conserve néanmoins des doutes sur la guérison possible de la méningite tubercu-

leuse vulgaire ; à vous proposer enfin la solution ou plutôt les solutions qui me paraissent les plus probables.

Un mot encore avant d'aborder notre sujet. Je n'ai pas l'intention de relever les innombrables erreurs de diagnostic qui ont été commises, ni de vous montrer que la plupart des faits de guérison qui ont été publiés concernent des maladies différentes de la méningite. Vous ne savez peut-être pas encore à quels excès d'illusion peut se laisser entraîner un médecin qui croit avoir guéri une maladie jugée incurable ; mais j'ai souvent été témoin de ces joies innocentes, et la source m'en semble si pure que je les ai parfois entretenues, sinon par mon approbation, du moins par mon silence. Je dois vous avouer cependant que, dans la très grande majorité des cas, il s'agissait de fièvres typhoïdes et non de méningites.

Il est donc entendu que les faits dont je vais vous parler sont extrêmement rares, et que les sources où je les puise vous garantissent leur authenticité.

MÉNINGITES SUIVIES DE GUÉRISON.

Dans un excellent mémoire intitulé : *De la guérison de la méningite tuberculeuse* et publié dans les *Actes de la Société médicale des hôpitaux*, 1855, Rilliet rapporte plusieurs observations fort intéressantes, empruntées aux auteurs qui l'ont précédé ; il me paraît utile de vous en raconter brièvement quelques-unes.

Cheyne rapporte l'histoire d'un enfant de 4 ans, dont trois frères et sœurs avaient succombé à l'hydrocéphalie aiguë et qui, après avoir été languissant et assoupi pendant une dizaine de jours, fut pris de vomissements et d'une augmentation de somnolence. Pendant la nuit il survint de la céphalalgie. Le second jour, les vomissements continuèrent encore ; l'enfant dut garder le lit, il poussait de profonds soupirs. Le troisième jour, les symptômes précédents ne sont pas dissipés. On observe, en outre, de fréquents changements dans la coloration du visage, le pouls est à 60, très irrégulier. Quand on

réveille le petit malade, il a une grande tendance à se rendormir et il continue à soupirer. Dans l'espace de trois jours, tous les symptômes disparurent.

Rilliet fait remarquer que l'irrégularité et le ralentissement du pouls, les vomissements répétés, la céphalalgie, les soupirs, les changements de coloration du visage, l'assoupissement, l'âge, le sexe et l'hérédité ne permettent pas de méconnaître une méningite à la première période, terminée par le retour à la guérison.

Dans une autre observation de Cheyne, il s'agit d'un enfant de 8 ans qui avait perdu un frère hydrocéphale et qui lui-même fut atteint de céphalalgie, de constipation, de vomissements, de ralentissement et d'irrégularité du pouls. Le dixième jour, il se plaignit davantage de la tête, il soupirait constamment, il avait de petits tiraillements convulsifs du visage, il se réveillait subitement et se plaignait d'une douleur de tête lancinante. Le malade recouvra la santé vers le quinzième jour mais cette guérison ne fut que momentanée; les vomissements, la douleur de tête et l'irrégularité du pouls annoncèrent le retour des accidents, qui furent encore plus sérieux qu'au commencement. Cependant la guérison fut de nouveau obtenue; l'évolution morbide totale avait duré environ un mois.

Abercrombie cite le fait d'une jeune fille de 11 ans qui appartenait à une famille dont plusieurs membres étaient morts d'hydrocéphalie aiguë; cette jeune fille fut successivement atteinte de vomissements, de céphalalgie, de ralentissement du pouls, de coma, de dilatation des pupilles. Elle guérit à la suite d'un traitement par les émissions sanguines, les purgatifs, les applications froides.

L'observation suivante est encore plus précise. Une jeune fille de 15 ans avait depuis plusieurs jours une violente céphalalgie, accompagnée de photophobie et d'accès passagers de délire. Ces accidents furent suivis de strabisme, de double vision et de stupeur voisine du coma; la constipation était opiniâtre, et il y avait par moment des vomissements. Le

pouls était très variable, il était parfois extrêmement fréquent, d'autres fois assez lent. Il survint de violentes exacerbations paroxystiques, suivies de cris et d'une extrême agitation; par instants de menaces de convulsions. Il y eut cinq à six rechutes; à la fin cependant, le rétablissement fut complet après plusieurs semaines de maladie.

Jahn rapporte l'histoire d'un enfant de 3 ans, qui a présenté successivement les symptômes suivants : la tête est chaude, les pupilles sont contractées, les yeux oscillent dans les orbites; il y a de la photophobie, des douleurs de tête, des vomissements fréquents, de la constipation, de la rétraction de l'abdomen, de l'irrégularité du pouls, des tressaillements semblables à des secousses électriques. Malgré les remèdes, la maladie continue à marcher; il survient une attaque de convulsions générales et à la suite une hémiplégie complète. L'enfant guérit, mais pendant plusieurs années, il conserve une hémiplégie droite.

Ici, messieurs, permettez-moi de m'arrêter un instant et d'attirer votre attention sur cette dernière observation; elle présente une particularité fort intéressante, c'est la terminaison de la maladie par une hémiplégie droite qui dure plusieurs années. Je ne veux pas actuellement tirer de ce fait toutes les conséquences qu'il comporte; il me suffit de vous le signaler. Je vous prie également de ne pas oublier les cinq à six rechutes de la seconde observation d'Abercrombie. Ces détails me serviront plus tard à vous faire saisir les conditions dans lesquelles la guérison peut se produire, et à vous en expliquer le mécanisme, tel du moins que je le comprends.

Cela dit, je continue le résumé des faits; en voici un qui est rapporté par Rœser : une petite fille de 7 ans est prise de vomissements, de douleurs de tête, de constipation; les vomissements se répètent pendant cinq jours. Le cinquième jour, la malade est couchée sur le dos sans mouvement, la bouche ouverte; assoupie, au milieu de son sommeil, elle pousse des cris aigus et grince des dents. La pupille est largement dilatée et insensible à la lumière, le pouls est lent

et irrégulier, les extrémités sont froides et comme paralysées. Les purgatifs à doses élevées n'ont produit aucune évacuation. Dans ces circonstances, Rœser prescrit l'iodure de potassium, qui fut suivi de succès.

Ici encore, j'attire votre attention sur un point : le résultat heureux de l'emploi de l'iodure de potassium; ne l'oublions pas; nous y reviendrons.

De toutes les observations de guérison publiées par Hahn dans sa monographie intitulée : *De la méningite tuberculeuse étudiée au point de vue clinique*, 1853, une seule paraît appartenir à une véritable méningite, c'est celle d'un garçon de 5 ans, d'une complexion délicate, né d'une mère phthisique et ayant tous ses frères et sœurs scrofuleux, qui, après trois semaines de prodromes, présente les symptômes suivants : pouls lent et intermittent, vomissements, céphalalgie, constipation, puis assoupissement et dilatation des pupilles. L'amélioration ne commence à se dessiner que vers le milieu de la troisième semaine. Dans la quatrième semaine, l'appétit se manifeste, et, au commencement du dernier mois, l'enfant entre en convalescence. A l'âge de 8 ans, cet enfant fut atteint d'une récidive, les symptômes furent les mêmes que la première fois, mais la maladie se termina d'une manière fatale dans le cours de la quatrième semaine. Malheureusement, l'autopsie n'a pu être faite.

Voici maintenant des observations prises avec un soin extrême par Rilliet; il les a publiées *in extenso* dans le mémoire que je vous citais tout à l'heure. Je vais résumer les deux premières. Quant à la troisième, j'y reviendrai plus tard, en la rapprochant d'un fait qui m'est personnel; j'en tirerai alors toutes les conséquences qu'elle me paraît comporter.

La jeune V..., âgée de 10 ans, est fille d'un père scrofuleux; une de ses sœurs est morte d'une méningite tuberculeuse; elle-même a toute l'apparence d'un enfant scrofuleux.

A partir du commencement de janvier 1846, son caractère change : elle devient irritable, maussade; elle pâlit et maigrit. Nuits agitées, appétit capricieux; selles assez rares; douleurs

de tête fréquentes. Le 28 janvier, la céphalalgie augmente; l'enfant vomit plusieurs fois dans la journée. Le soir, le pouls est à 88, régulier, l'intelligence nette, on constate une légère tendance à la somnolence. — Le 30, la petite fille est abattue, le pouls est un peu inégal, à 70; la respiration est tombée à 12, les pupilles sont dilatées, le ventre est aplati. Le 31, quatrième jour, la malade est pâle, couchée sur le dos; elle a cette somnolence si caractéristique de la méningite tuberculeuse; elle crie, se plaint, s'agite, refuse de répondre aux questions, les yeux sont fermés, les pupilles oscillantes, le pouls est inégal, le ventre rétracté.

Le 2 février, sixième jour, une accalmie se produit : l'enfant est plus éveillée, la photophobie, l'irritabilité sont moindres, le ventre est moins aplati, le pouls est redevenu régulier. Mais le lendemain, l'assoupissement a reparu; la malade a des soubresauts de tendons très manifestes et continus. Cette rechute, heureusement, ne persiste pas. Dès le huitième jour, une amélioration sérieuse se manifeste, elle va s'accentuant les jours suivants, et le 10 février l'enfant entre en pleine convalescence, quatorze jours après le début de la maladie.

Il me paraît absolument impossible d'admettre que, dans cette occasion, Rilliet se soit trompé, et qu'il ait eu affaire à une fièvre typhoïde. Je crois inutile de revenir sur chacun des symptômes, pour vous montrer à quel point ils sont caractéristiques. La maladie n'a pas dépassé la première période, il est vrai, mais cette première période a été nettement accusée, et ne laisse selon moi, aucune prise au doute. Enfin, Rilliet, pour faire voir jusqu'à quel point l'enfant était scrofuleux, ajoute le détail suivant : Quelques mois après la guérison de la méningite, il est survenu une tumeur blanche de l'articulation du coude gauche avec inflammation du périoste et abcès qui ont été ouverts. Cette preuve à l'appui de la méningite, déjà très grande en 1855, a encore plus de poids aujourd'hui où nous admettons que les tumeurs blanches sont des manifestations de nature tuberculeuse.

Je ne vous ai pas parlé du traitement employé, il a eu

pour base le calomel; Rilliet lui attribue une très heureuse influence; cette conclusion me paraît moins irréprochable que son diagnostic.

Quant à la seconde observation elle me paraît encore plus précise que la première, s'il est possible. Il s'agit d'un enfant de 9 ans, qui est tombé malade le 29 novembre 1844. Pendant les deux mois qui ont précédé le début, il avait maigri de manière à inquiéter sa mère, qui, cependant, n'avait pas eu recours au médecin; à plusieurs reprises, il s'était plaint de la tête; dans la soirée il avait souvent de la tristesse, quelquefois des nausées et des douleurs d'estomac.

Le jour du début, il fut saisi, dans les champs, par une température humide et froide, et revint chez lui se plaignant d'une céphalalgie frontale continue; le lendemain, il eut un vomissement très abondant. Les jours qui suivirent, le Dr Maunoir, qui le soignait, constata la persistance de la céphalalgie, les changements de couleur du visage, la somnolence dans la journée, la crainte du bruit et de la lumière, une légère fréquence du pouls, qui variait de 96 à 108.

Enfin, Rilliet fut appelé le neuvième jour, et voici dans quel état il trouva le malade : il était pâle et avait les paupières fermées ; il semblait craindre la lumière. Quand on le faisait asseoir, il fronçait les sourcils, son visage prenait une expression d'ennui et de tristesse. Il était somnolent; cependant il répondait juste aux questions qui lui étaient adressées, mais immédiatement après il retombait dans la somnolence. Il se plaignait de céphalalgie et de douleurs dans les jambes. Le pouls était régulier en vitesse, mais très irrégulier en force. La chaleur de la peau était nulle.

Le diagnostic de méningite tuberculeuse, lui parut nettement établi, et le traitement fut immédiatement institué. Cependant, le lendemain, dixième jour de la maladie, Maunoir et Rilliet observèrent de fréquents changements de coloration du visage; la céphalalgie persistait, mais plus faible, la pupille gauche était plus dilatée que la droite. Le pouls était accéléré, à 108, il était régulier. Le onzième et le douzième

jour furent marqués par l'accroissement de la céphalalgie, la constipation, le retour à la somnolence, l'irrégularité du pouls, la lenteur de la respiration; l'inégalité des pupilles; le regard était morne, le visage triste et abattu. Tous les symptômes de la ménigite s'accusaient de plus en plus.

Mais dès le treizième et surtout dès le quatorzième jour, la scène changea. L'amélioration devint manifeste; l'enfant se réveilla, la céphalalgie diminua, puis disparut au bout de quelques jours, les pupilles assez dilatées redevinrent contractiles; les irrégularités du pouls persistèrent seules jusqu'au vingt-deuxième jour. L'enfant était complètement guéri.

Dans ce cas, que Rilliet considère, à bon droit, ce me semble, comme ayant présenté tous les symptômes d'une méningite tuberculeuse à sa première période, le médicament employé fut le sulfure de potasse. Rilliet lui attribue les honneurs de la guérison; il me paraît difficile de partager sur ce point les illusions de cet éminent praticien.

Ne nous lassons point, messieurs, d'accumuler les exemples, j'espère que leur nombre ne fatigue pas votre attention. Mon insistance est justifiée par la nécessité où je me trouve de vous donner les preuves d'un fait que beaucoup de médecins révoquent encore en doute.

Dans sa clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, Trousseau rapporte deux cas de guérison. Mais il ne fait que mentionner l'un, observé par lui chez un enfant qu'il voyait à Boulogne, en consultation avec Blache. Quant à l'autre, auquel il consacre quelques lignes, j'aurai occasion d'y revenir, quand je tenterai de vous donner l'explication de ces guérisons.

Dans la séance du 4 avril 1877, un clinicien et un anatomo-pathologiste éminent, Barth, lisait l'observation d'un jeune garçon de 12 ans, près duquel il avait été appelé le 29 novembre 1854, dans les circonstances suivantes :

Ce jeune garçon était pris, depuis trois jours, de frissons avec céphalalgie, courbature, soif, anorexie, vomissements; la peau était chaude, le pouls régulier à 116. — Le lendemain et le surlendemain les vomissements se répètent et la constipa-

tion se montre. Le 3 octobre la face est altérée, on observe du strabisme, le malade pousse des cris. Le 4, aux symptômes précédents, se joint la dilatation des pupilles. Le 5, une certaine amélioration se produit : la figure est plus naturelle, la chaleur modérée, le strabisme a cessé, les pupilles sont moins dilatées, le pouls ne bat plus que 103 fois à la minute ; enfin, sous l'influence du calomel, l'enfant a cinq évacuations alvines ; mais deux jours plus tard, le 7, les joues s'injectent vivement, le malade remue la tête automatiquement et pousse de petites plaintes.

Cet état se prolonge, avec des alternatives légères d'amélioration et d'aggravation, jusqu'au 13 décembre, dix-septième jour de la maladie. Le matin de ce jour, la scène change brusquement : le facies est moins naturel, le malade est plus absorbé, moins alerte et agit moins de la main droite. — Le soir, l'expression de la physionomie est encore plus idiote, le petit malade tire la langue, mais il la tire à tout ce qu'on lui demande ; le bras droit reste immobile, la jambe droite est également parésiée. — Pas de changements le 14 décembre.

Mais, le 15, dix-neuvième jour, Barth constate une amélioration, qui devait être lente, mais définitive. A partir de ce moment, en effet, le malade ouvre largement les yeux, serre les doigts de la main droite, et dort la nuit d'un sommeil tranquille. Par intervalles seulement, il a le regard un peu fixe, légèrement strabique, et il pousse quelques cris plaintifs. Ces derniers vestiges de la maladie disparaissent enfin peu à peu, au milieu de légers incidents sur lesquels il me paraît inutile d'insister ; mais la convalescence se traîne avec une lenteur si grande que l'enfant ne revient à la santé complète qu'après soixante-seize jours de maladie.

En terminant la lecture de cette observation, et, après avoir établi, par une discussion intéressante, la probabilité d'une méningite de nature tuberculeuse, Barth ajoutait un dernier trait au tableau : « Pendant la convalescence même du jeune « malade, disait-il, son frère aîné, âgé de 18 ans, a été pris « d'un état morbide à marche lentement progressive, lequel,

« commençant par du malaise, de la langueur, de l'abattement « prend au bout d'une vingtaine de jours, les apparences d'une « fièvre muqueuse, qui persiste, s'aggrave, avec élévation de « la chaleur, accélération du pouls, rêvasseries, délire, « et finalement l'apparition d'un râle crépitant fin dans toute « la hauteur du poumon gauche en avant, suivi bientôt d'une « terminaison funeste. »

Dans ses *Leçons sur les maladies des enfants*, West dit avoir vu une fois la guérison survenir après l'apparition des symptômes qui marquent la seconde période, et une autre fois la maladie céder après l'apparition des convulsions suivies de coma. A propos de la seconde malade, il entre dans des détails que je vais reproduire, et auxquels je vous prie d'apporter la plus grande attention.

Il s'agissait d'une enfant de 3 ans 1/2, née de parents tuberculeux ; un de ses frères avait succombé à une hydrocéphalie. — Je cite à peu près textuellement. — La maladie suivit la marche ordinaire. Les convulsions survinrent suivies de coma; la déglutition était très difficile, les pupilles très dilatées et presque immobiles, le pouls très faible et très fréquent, en un mot, tout annonçait la mort. L'absence de conscience persiste pendant des journées et le premier retour d'un mouvement volontaire apparut dans l'effort que fit l'enfant en levant la main pour maintenir la tasse qu'on avait portée à ses lèvres. Elle retrouva ensuite la faculté visuelle, mais l'usage de la parole ne revint qu'après quelques semaines, et la force de marcher qu'après plusieurs mois ; la démarche resta longtemps chancelante et incertaine, et l'enfant semblait à demi-idiote.— Trois ans plus tard, la guérison s'était maintenue, mais l'enfant n'avait jamais repris son embonpoint, ni l'apparence de la santé, et ses manières n'étaient pas celles d'un enfant ordinaire : elle marchait d'un pas mal assuré, avait une expression de physionomie étrange et un sourire égaré.

Retenez-bien, Messieurs, tous ces détails ; ils nous seront, tout à l'heure d'un grand secours, lorsque je rapprocherai cette observation de faits analogues, et que je m'efforcerai

de jeter quelque lumière sur la signification nosologique de ce processus morbide; souvenez-vous surtout que les convulsions paraissent s'être produites à une époque assez rapprochée du début, et que la maladie a été suivie, sinon d'une idiotie complète, au moins d'un trouble marqué des fonctions intellectuelles, et d'un certain affaiblissement dans le mouvement des membres inférieurs.

Je ne voudrais pas abuser de votre patience; je ne puis cependant me dispenser de vous citer encore deux observations, dont l'une appartient aux Drs Lorey et Millard, et dont l'autre m'est personnelle. La première a été publiée par René Blache (Société de médecine de Paris, 1880). En voici les principaux traits :

La jeune L. R..., âgée de 11 ans, bien portante d'habitude, et fille de parents assez vigoureux, du moins en apparence, a perdu cependant un frère, mort de *méningite tuberculeuse*. — Le 14 septembre 1875, elle est atteinte d'une rougeole qui, tout en suivant sa marche ordinaire, s'accompagne cependant d'une fièvre et d'une agitation un peu excessives. Ces symptômes deviennent plus insolites encore en se prolongeant et en s'aggravant même au moment où l'exanthème diminue et disparaît le 18 septembre : d'autant plus qu'aucune complication pulmonaire ne les explique. Les phénomènes que l'on observe n'ont d'ailleurs rien de commun avec ceux des affections thoraciques : l'agitation est extrême, le délire constant, l'enfant pousse de véritables hurlements, refuse de boire, et ne répond à aucune question. Elle fuit la lumière et se tourne vers la muraille; le regard est fixe; les pupilles sont dilatées; les muscles du visage se contractent d'une manière spasmodique et intermittente ; la peau est brûlante et sèche, le pouls régulier, vibrant, mais descendu à 84 pulsations. La petite malade a eu quelques nausées, sans vomissements; la rétention d'urine est complète, la constipation opiniâtre, le ventre aplati ; on y constate la tache méningitique.

Tel est l'état de l'enfant le 19 septembre, cinq jours après le début de la rougeole.

La maladie semble rester stationnaire le 20, mais le 21 elle s'aggrave et notre collègue Millard est appelé près de l'enfant. Il n'hésite pas à diagnostiquer une méningite. Le bromure de potassium est ordonné, ainsi qu'un vésicatoire à la nuque, mais le traitement n'enraye pas la marche de la maladie. Le pouls est tombé à 60, l'amaigrissement est extrême, la langue sèche, brunâtre, la stupeur profonde, la constipation opiniâtre, sans nausées ni vomissements. La face se couvre de rougeurs fugaces suivies de profondes pâleurs; l'inspiration est longue et plaintive, on entend de véritables cris hydrencéphaliques; parfois à la stupeur succède un délire furieux, caractérisé par des actes et des paroles d'une violence inouïe.

En quatre jours, la malade a maigri de moitié. Le 25 septembre, la figure est pâle, les traits sont tirés, les yeux excavés et cerclés de noir, le regard est fixe et méchant; pupilles très dilatées, mais égales. Le nez s'effile. La constipation est opiniâtre, le ventre complètement excavé en bateau; la tache méningitique se montre très nettement.

Jusqu'au 29 septembre, la situation ne change pas. Et comme les accidents méningitiques datent déjà de onze jours; que, depuis le début, aucune amélioration ne s'est produite, qu'au contraire même, les symptômes se sont aggravés; comme, enfin, la physionomie de la maladie est telle qu'aucun doute ne semble possible sur la nature méningitique, l'espoir abandonne non seulement le médecin, mais aussi les parents eux-mêmes.

Cependant, contre toute prévision, le 1er octobre, quatorzième jour de la maladie, la fillette est un peu plus calme; et ce calme s'accentue encore le jour suivant, qui est marqué par la cessation de la constipation et des cris hydrencéphaliques. Mais le regard reste hébété, la vision affaiblie, l'affaissement profond; par instants, la malade fait entendre un rire sardonique, et Millard, mandé de nouveau, croyant sans doute à une de ces accalmies si fréquentes dans la méningite, maintient la gravité du pronostic.

Et il est certain que, pendant deux jours encore, malgré le

retour partiel du sommeil, la dépression du ventre diminuée, la constipation disparue, la miction devenue facile, les symptômes sont encore fort alarmants : le rire sardonique persiste, les pupilles sont toujours dilatées, les élancements au niveau du front sont toujours violents. L'amaigrissement est plus accentué que jamais, le visage se couvre de bouffées de chaleur ; de longs et profonds soupirs se font encore entendre vers le soir. Un retour offensif semble presque imminent.

Mais, le 5 octobre, tous les symptômes s'amendent ; ils disparaissent presque complètement le 6, et les derniers signes de la méningite s'effacent quelques jours plus tard. Cinq ans après, la guérison ne s'était pas démentie.

Il est inutile, ce me semble, de faire suivre cette observation de longs commentaires. Millard, qui a vu deux fois la malade, n'a pas hésité à diagnostiquer une méningite tuberculeuse ; Lorey, qui a suivi toutes les phases du processus morbide, a partagé la manière de voir de son maître, et lorsqu'on étudie attentivement l'observation recueillie par ces deux médecins, il me paraît impossible d'avoir une opinion différente de la leur. Le diagnostic de méningite tuberculeuse s'imposait donc ; c'est tout ce que je voulais vous prouver pour le moment.

Voici maintenant l'observation qui a été recueillie dans mon service, par moi et mon collègue Landrieux, qui m'a remplacé pendant les vacances.

Le petit Rainaud (Adolphe), âgé de 5 ans, entre à l'hôpital le 9 août 1878. Les renseignements obtenus sont incomplets, comme toujours. Nous apprenons seulement que, depuis une quinzaine de jours, il est mal en train, grognon, sans appétit, et qu'il se plaint fréquemment de douleurs de tête ; il y a deux jours, il a vomi son déjeuner, composé de thé et d'un peu de pain. Depuis lors, toute tentative d'alimentation a été suivie de vomissements immédiats ; les liquides même n'ont pas été tolérés. Enfin, dans la nuit et dans la matinée qui ont précédé son admission, trois convulsions ont éclaté : deux dans la nuit, une le matin.

Le lendemain, 10 août, à ma première visite, je constate que le petit malade est dans l'état suivant : depuis son arrivée, il n'a cessé de pousser des cris aigus ; il est extrêmement grognon et en proie à une agitation extrême ; il porte fréquemment la main, tantôt à sa tête, tantôt à son ventre ; les pupilles sont égales, un peu dilatées, sans strabisme ; le ventre est plat, légèrement rétracté, la tache méningitique très marquée. la constipation opiniâtre depuis trente-six heures ; le pouls, prodigieusement irrégulier, avec des alternatives d'extrême rapidité et de lenteur, bat 100 fois par minute à peu près. La respiration, très inégale, ne peut être comptée, à cause des cris, des plaintes et des grognements incessants du malade. L'hyperesthésie n'est pas très marquée ; mais il existe une roideur manifeste, quoique légère, de la nuque et du tronc.

Trois jours seulement s'étaient écoulés depuis le début de la maladie, et cependant le diagnostic ne semblait pas être douteux : tous les symptômes d'une méningite tuberculeuse étaient réunis. Je n'hésitai pas à en affirmer l'existence, et l'état dans lequel je trouvai le malade le jour suivant ne fit qu'accentuer ma première opinion.

Le pouls était, il est vrai, régulier et rapide, à 140 ; mais ce fait n'était pas pour me surprendre : vous savez qu'on observe fréquemment, d'un jour à l'autre, de semblables modifications du pouls. D'ailleurs, les cris aigus n'avaient pas cessé, la constipation était toujours opiniâtre, quoique le ventre fût moins rétracté. La tache méningitique était évidente ; quelques bouffées de rougeur provoquées se montraient à la face. A la roideur de la nuque et du tronc se joignait un peu de mâchonnement. Les paupières étaient demi-closes, les pupilles inégalement dilatées, sans strabisme.

Dans la nuit du 11 au 12 août, l'enfant ne cessa de pousser des cris aigus et de porter la main à sa tête. La pupille gauche est dilatée, la droite rétractée ; l'œil droit est entraîné dans le strabisme interne. La tête est renversée en arrière ; la contracture de la nuque et du tronc est accrue. L'abdomen est aplati, la constipation persiste. Le pouls est irrégulier, un peu

lent : 76. Bouffées de rougeur provoquées à la face. Hyperesthésie marquée des membres inférieurs.

Les six premiers jours de la maladie étaient écoulés, et les symptômes de la méningite s'étaient sans cesse accusés. Nous nous trouvions, au moins en apparence, en face d'un de ces cas types qui ne permettent pas l'hésitation.

Le traitement employé avait été le chloral, l'iodure de potassium et le calomel. Mais, jusqu'alors, aucun de ces médicaments n'avait produit d'effet : l'agitation avait persisté, malgré le chloral ; la constipation n'avait pas cédé, malgré le calomel ; la maladie s'était développée, malgré l'iodure de potassium. Nous sommes malheureusement si fort accoutumés à ces résultats négatifs que notre impuissance ne pouvait nous surprendre.

Aussi, quand j'appris, le lendemain matin, que les cris hydrencéphaliques avaient cessé et que des garde-robes abondantes avaient suivi l'administration du calomel ; quand je reconnus que le délire avait fait place à un calme relatif ; quand je vis que l'expression de la physionomie avait quelque chose de moins égaré, je crus à une de ces accalmies dont je vous ai parlé, et qui sont si fréquentes dans le cours de la méningite. Je fis supprimer le calomel et le chloral et j'élevai à un gramme la dose d'iodure de potassium.

Le jour suivant, 14 août, il y eut un nouveau progrès. Le malade avait repris connaissance, il avait causé avec son voisin, et il répondait nettement aux questions qui lui étaient adressées. Mais les pupilles étaient toujours inégales, l'hyperesthésie persistait ; la roideur du cou était diminuée, mais non disparue ; on avait même noté quelques contractures passagères des membres supérieurs.

Cet état se prolongea, sans changements notables, jusqu'au 19 août, douzième jour de la maladie, où l'appétit, nul jusqu'alors, se réveilla et devint bientôt impérieux.

Tout n'était pas fini, cependant ; car, le seizième jour (23 août), le petit malade pousse de nouveau des cris perçants et porte la main à sa tête. Le pouls redevient irrégulier, à 110,

la roideur de la nuque augmente. Dans la journée et pendant la nuit, il est en proie à une grande agitation, qui se prolonge vingt-quatre heures, et à la suite de laquelle on s'aperçoit que le malade est atteint de surdité.

Il était facile de voir, d'ailleurs, que l'évolution morbide n'était pas terminée, car la température, qui avait subi quelques abaissements, notamment le huitième et le treizième jour, oscillait depuis longtemps déjà autour de 39°, et s'élevait même souvent au-dessus.

Peu à peu, néanmoins, tous les symptômes diminuent : seules l'hyperesthésie, la contracture de la nuque, la surdité et la fièvre persistent encore le vingt-deuxième jour (29 août). Du reste, l'intelligence est complète, l'appétit excellent, le calme parfait, les garde-robes normales. Enfin, la fièvre tombe le vingt-septième jour (3 septembre) ; l'hyperesthésie et la contracture de la nuque disparaissent le même jour ; la surdité ne laissent plus aucune trace quarante-huit heures plus tard, et l'enfant entre en convalescence après vingt-neuf jours de maladie.

Toutefois, les dernières traces de la méningite n'étaient pas complètement effacées. Le 2 octobre, alors que la guérison paraissait définitive, on fait lever l'enfant ; l'on s'aperçoit alors qu'il se soutient à peine et que la faiblesse des membres inférieurs est extrême. Ce n'était pas de la paralysie, ce n'était pas même de la parésie, c'était une résolution musculaire analogue à celle qui succède aux fièvres typhoïdes de longue durée. Devions-nous attribuer encore aux lésions cérébrales laissées derrière elle par la méningite, les troubles psychiques qui se traduisaient par de terribles accès de colère, pendant lesquels le petit malade se livrait à des violences sans motif et accablait la fille de service de coups de pieds et de coups de poings ?

Un mois se passe, et l'enfant ne marche pas encore librement ; il pose les pieds l'un devant l'autre avec hésitation, et tremble à chaque pas ; il tomberait s'il n'était soutenu. Son caractère cependant est complètement modifié il est aussi doux qu'il était irascible.

Un autre mois se passe encore ; nous sommes au 4 décembre, et je note que notre malade a fait quinze pas sans aide.

A partir de ce moment, les forces reviennent avec rapidité, et l'enfant est complètement guéri le 20 décembre, après quatre mois et demi de maladie.

Je l'ai revu trois ans plus tard ; la guérison s'était maintenue.

Cette observation est assurément très curieuse ; j'espère qu'elle vous aura paru intéressante ; vous en aurez ainsi excusé la longueur. Je ne crois pas qu'il fût possible, au début, de distinguer cette évolution morbide d'une méningite tuberculeuse ordinaire. Je n'avais pas hésité un instant à en poser le diagnostic et mon collègue Landrieux n'avait pas éprouvé un moment de doute. Aussi sa stupéfaction fut-elle extrême de voir l'amélioration qu'il avait prise tout d'abord pour une accalmie, se dessiner de jour en jour et devenir enfin une guérison véritable. Lorsque je suis rentré en possession de mon service au 1er octobre, j'ai partagé l'étonnement et la satisfaction de mon collègue ; mais ni lui ni moi nous ne nous sommes attribués l'honneur de cette heureuse issue. Nous avons administré empiriquement l'iodure de potassium et le calomel, mais c'est bien ici le cas de dire, avec une modestie plus justifiée que celle d'Ambroise Paré : Je le pansai, Dieu le guarit.

Tels sont les faits sur lequels s'appuient un grand nombre d'auteurs pour affirmer la guérison possible de la méningite tuberculeuse, ou plutôt de certaines méningites dont l'évolution est identique à celle de la méningite tuberculeuse. Vous ne pouvez méconnaître l'importance de cette démonstration ; dès le début de ces leçons, je vous en ai fait entrevoir toute la valeur pratique : Quelque rares que soient les exemples de ce genre, vous avez le droit d'y chercher un appui contre le désespoir des familles, et même contre votre propre découragement ; j'y ai trouvé une fois l'occasion d'un triomphe de pronostic, que je vous raconterai bientôt, mais dont je ne me crois pas le droit de m'enorgueillir.

La guérison possible de certaines méningites est donc un

fait parfaitement établi ; il ne peut, selon moi, laisser aucun doute dans l'esprit. Seulement, la constatation de ce fait ne saurait nous suffire. Nous devons chercher à comprendre dans quelles conditions ces guérisons se produisent et à savoir si les mêmes symptômes révèlent toujours une même maladie, ou si, au contraire, une même forme clinique peut revêtir plusieurs processus morbides différents.

DE LA NATURE DES MÉNINGITES SUIVIES DE GUÉRISON.

La première idée qui se présente à l'esprit est que les méningites qui guérissent sont des méningites aiguës inflammatoires, tandis que celles qui se terminent invariablement par la mort sont de nature tuberculeuse. Mais pour peu qu'on y réfléchisse, on s'aperçoit bientôt que le problème n'est pas susceptible d'une solution aussi simple. D'abord, toutes les observations de méningites guéries ne s'accordent pas avec la description faite par les auteurs de la méningite aiguë franche; ensuite, il existe quelques cas dans lesquels, un certain temps après la guérison, les malades ont succombé, soit à une récidive, soit à une maladie intercurrente, et où l'autopsie a permis de reconnaître qu'on n'avait pas eu affaire à une méningite exclusivement inflammatoire; il en est d'autres enfin dans lesquels une maladie cliniquement identique à la méningite tuberculeuse a été suivie de mort, et où l'examen des organes a révélé des lésions non tuberculeuses. Nous allons aborder successivement ces différents ordres de faits, et vous pourrez vous convaincre alors que la question est susceptible, comme je vous l'ai dit au début, non d'une solution unique, mais de plusieurs solutions parallèles.

Sous le nom de *méningite aiguë simple*, quelques auteurs décrivent un grand nombre de maladies qui ne sont semblables que par les lésions anatomiques des méninges, et qui sont profondément distinctes les unes des autres par leurs causes, souvent même par leur marche et par leur pronostic. Ils rattachent par exemple à la méningite aiguë simple, non seule-

ment la méningite cérébro-spinale épidémique, qui est une maladie infectieuse, mais encore le rhumatisme cérébral, les lésions méningées de la fièvre puerpérale des nouveau-nés, de la fièvre typhoïde, de la maladie de Bright, de la scarlatine, etc., et ils commettent ainsi une série d'attentats nosologiques qui menacent de porter la plus absolue confusion dans un sujet déjà infiniment complexe. Remarquez, en effet, que toutes les déterminations méningées ont une marche, des symptômes, un pronostic très différents les uns des autres, et qu'il est aussi illogique de les réunir dans une description commune, qu'il le serait de décrire dans un même chapitre l'inflammation intestinale de la fièvre typhoïde, du choléra et de la dysentérie, sous le nom d'entérite aiguë simple. Ce n'est pas au milieu de cet assemblage incohérent que nous pouvons chercher des cas analogues à ceux que j'ai fait passer sous vos yeux.

Les méningites consécutives aux fractures du crâne, à la carie du rocher, à l'otite aiguë doivent également être écartées non par des raisons nosologiques, mais par des raisons de fait. Ces affections méningées sont bien évidemment inflammatoires et aiguës, mais on ne saurait les confondre avec une méningite tuberculeuse que par suite d'une erreur de diagnostic plus ou moins grossière, et ce n'est pas dans ces termes que la question se pose pour nous. Dans aucune des observations que je vous ai citées, il ne saurait être question d'un traumatisme ni d'une lésion crânienne.

J'en dirai autant d'une forme de méningite qui n'est pas extrêmement rare, je veux parler de la méningite par insolation. Cette affection peut être, dans une certaine mesure, regardée comme traumatique. De plus, la cause productrice est assez violente, les circonstances au milieu desquelles elle agit sont assez particulières pour que l'attention soit éveillée sur elles, et que la confusion avec la méningite tuberculeuse ne soit pas possible. D'ailleurs, outre que l'adulte, par son genre de vie, est plus exposé que l'enfant aux dangers de l'insolation, la

brutalité du début, les accidents brusques qui se produisent, permettraient difficilement une erreur de diagnostic.

Ces différentes espèces de méningites aiguës une fois éliminées, nous restons en présence de la *méningite aiguë simple idiopathique*, c'est-à-dire de celle qui éclate sans aucune cause appréciable.

Rilliet et Barthez en décrivent deux formes : la *forme convulsive* et la *forme phrénétique.* Tous les auteurs ont reproduit plus ou moins exactement leur description ; je vais vous la retracer brièvement. Vous pourrez juger alors des différences et des analogies qui existent entre ces méningites et celles dont je vous ai cité tout à l'heure les observations.

Forme convulsive. — La maladie, qui attaque surtout les très jeunes enfants, débute par des convulsions violentes et prolongées, soit brusquement, soit après quelques jours de fièvre, d'assoupissement, d'agitation et de cris. L'élévation de la température est grande, la respiration accélérée. — Quand les convulsions cessent, l'enfant est agité ou assoupi, parfois même plongé dans un demi-coma. On observe du strabisme, de la contraction pupillaire, du trismus, quelquefois une hémiplégie bien caractérisée. Le pouls devient irrégulier et inégal; la face est pâle. D'ailleurs la suspension des convulsions est de courte durée ; les accès se reproduisent et se répètent toutes les heures, toutes les deux heures ou à un plus long intervalle. Il n'y a jamais ni vomissements ni constipation. Enfin, la terminaison fatale a lieu tantôt au milieu du coma, tantôt pendant une violente attaque de convulsions. — La durée est ordinairement de quatre jours ; elle peut cependant se prolonger pendant deux septénaires. — Enfin, il arrive, dans quelques cas rares, que les accès éclamptiques, après s'être fréquemment répétés pendant un temps plus ou moins long, s'espacent, deviennent plus rares et finissent par cesser. La guérison est alors possible.

En somme, vous le voyez, la méningite à forme convulsive est caractérisée par plusieurs séries d'attaques éclamptiques,

séparées les unes des autres par de la somnolence et du coma, et accompagnées d'une fièvre intense. — Je crois inutile d'entrer dans de longs détails, pour vous prouver que cette forme morbide diffère absolument de la méningite tuberculeuse, et que les faits de guérison dont je vous ai parlé n'ont aucun trait de ressemblance avec elle.

Forme phrénétique ou délirante. — Elle se manifeste d'ordinaire entre cinq et quinze ans. Elle débute brusquement par une fièvre intense, précédée ou non de frisson ; par une céphalalgie violente, qui arrache parfois aux malades des cris aigus, par des vomissements abondants et de la constipation. Dès la fin du premier jour, parfois au commencement du second ou du troisième, l'intelligence est pervertie. Puis l'agitation se montre, elle alterne d'abord avec l'assoupissement, mais bientôt elle dégénère en délire suraigu. On observe en même temps, ou peu de temps après, du trismus, des grincements de dents, des soubresauts de tendons, des mouvements convulsifs partiels, de la raideur des membres et du tronc, le renversement de la tête en arrière, le strabisme, la contracture des pupilles suivie de mydriase, plus rarement une violente attaque de convulsions, précédant un coma profond. Quelques sujets succombent pendant cette période.

Mais, le plus souvent, la maladie poursuit sa marche. A partir du quatrième jour, les vomissements et la céphalalgie cessent, mais la fièvre continue ; le pouls est irrégulier, la respiration inégale, le ventre rétracté, les évacuations involontaires, l'agitation excessive, le délire violent. Les malades tombent dans le collapsus, enfin, l'asphyxie, le coma ou une attaque de convulsions violentes et prolongées terminent la scène. Quelquefois, il y a des rémissions momentanées, parfois des quasi-convalescences, suivies de rechute et de mort.

La guérison est fort rare ; elle peut pourtant être complète. Mais trop souvent la méningite, en épargnant la vie des malades, leur laisse de cruelles infirmités : paralysies, contractu-

res des membres et du tronc, strabisme, hydrocéphalie, idiotie, cécité, arrêt de développement.

Telle est, d'après ces auteurs, la forme délirante de la méningite simple aiguë. Très différente par ses symptômes et par sa marche, de la forme convulsive, elle présente incontestablement plusieurs traits de ressemblance avec la méningite tuberculeuse, et, par suite, avec les faits de guérison que je vous ai cités. Seulement, il me paraît impossible d'accepter en bloc cette description, telle qu'elle nous est donnée; il est indispensable, selon moi, d'en discuter les termes, de voir si cet ensemble symptomatique se rapporte à une seule maladie, et de décider enfin si ce processus morbide mérite toujours le nom de méningite aiguë simple.

Mais avant de le faire, et puisque l'occasion s'offre à moi de vous dire toute ma pensée sur la méningite simple aiguë idiopathique, qu'elle soit convulsive ou délirante, permettez-moi une courte digression.

Vous voyez que je n'ai pas agi en cette circonstance comme je le fais d'habitude; je vous ai donné la description des auteurs, mais je ne vous ai pas cité d'observations personnelles. Le motif de ma réserve est très légitime; je n'ai pas encore rencontré de méningite simple idiopathique, démontrée par l'autopsie. J'ai eu occasion de voir des méningites consécutives à des lésions osseuses, en particulier à des lésions du rocher; j'ai rencontré un cas de méningite par insolation chez un enfant de 18 mois; j'ai fait deux autopsies de méningite cérébro-spinale suppurée, et une autre de méningo-encéphalite suppurée, dont la cause m'a paru être une athrepsie, cause déjà signalée par Parrot; j'ai publié deux observations de méningites dans le cours de maladies infectieuses, une fois dans une scarlatine (c'était une méningite suppurée), une autre fois dans une fièvre typhoïde; j'ai vu des méningites développées autour de néoplasmes cérébraux, et, en particulier, de gros tubercules (je vous en parlerai tout à l'heure). Enfin, j'ai été souvent témoin d'erreurs commises par des médecins qui diagnostiquaient des méningites simples aiguës quand il s'agissait de

pneumonies lobaires centrales, de broncho-pneumonies dont les signes physiques tardaient à se montrer, ou de fièvres typhoïdes à forme ataxique; mais, encore une fois, je n'ai jamais observé de méningite que l'autopsie m'ait autorisée à regarder comme primitive.

Je ne nie pas l'existence de cette maladie, puisque tant d'auteurs la décrivent, mais je ne saurais m'empêcher de croire qu'elle est tout au moins fort rare, car une pratique déjà longue ne m'en a pas offert d'exemple. — Quant aux faits de méningite qui ont été suivis de guérison et dont la cause nous échappe, je ne puis les faire entrer en ligne de compte, puisque ce sont eux précisément qui font l'objet de la discussion.

Ce mot nous ramène à l'étude de la méningite simple aiguë à forme délirante, dont nous nous étions un instant écartés.

Il n'est pas besoin d'une grande attention pour reconnaître que la description de cette forme convient à toutes les méningites, et même à certaines méningites tuberculeuses. Les auteurs le reconnaissent d'ailleurs implicitement, puisqu'ils énumèrent les lésions osseuses ou cérébrales les plus diverses, parmi les causes qui produisent la méningite secondaire, et qu'ils n'établissent aucune différence symptomatique entre l'inflammation méningée secondaire et celle qui est primitive. Donc, lorsque nous nous trouvons en présence d'une méningite, nous avons, non seulement le droit, mais encore le devoir de chercher si elle n'a pas une cause productrice. D'autre part, les auteurs font une longue énumération des infirmités qui succèdent, le plus souvent, à la guérison des méningites, et il se trouve que ces infirmités sont précisément celles qui succèdent également aux lésions du cerveau lui-même, en particulier aux néoplasmes et aux scléroses cérébrales.

D'ailleurs il n'en saurait être autrement : quelques lacunes que présente encore l'histoire des affections cérébrales, nous savons du moins que les troubles de l'intelligence ou de la motilité sont toujours sous la dépendance de lésions de la névroglie, et que si ces troubles sont permanents, c'est que les lésions de la névroglie le sont elles-mêmes. Les paralysies,

les contractures, l'idiotie qui succèdent à certaines méningites guéries, reconnaissent donc pour causes des altérations et des scléroses cérébrales.

Nous nous trouvons ainsi amenés peu à peu à nous demander si, parmi les méningites suivies de guérison, la plupart ne seraient pas des méningites secondaires, développées autour de néoplasmes de diverses natures. Car les travaux anatomo-pathologiques modernes nous ont appris que la méningite aiguë ne produit pas de lésions de la névroglie : « Lorsqu'on a enlevé les méninges infiltrées de pus, disent « Cornil et Ranvier, on trouve au-dessous d'elles la substance « grise cérébrale piquetée de rouge. Sur une section, on voit « que chaque point rouge correspond à un vaisseau que l'on « a dégagé ; si on l'examine au microscope, on constate qu'il « est entouré d'une couche de pus auquel se trouve mélangée « une quantité variable de globules de sang. » Et plus loin : « Sur des coupes faites suivant la méthode classique, on ne « trouve pas de modifications des éléments nerveux, mais « simplement une hyperhémie des vaisseaux de la pie-mère, « et des globules de pus entre les faisceaux conjonctifs de « cette membrane. » Enfin, si nous consultons les ouvrages les plus récemment publiés sur le système nerveux, en particulier le Traité de Grasset (1881) qui est au courant des recherches les plus nouvelles, nous y trouvons partout la preuve que la méningite cérébrale primitive est extrêmement rare, si même elle existe en dehors de l'insolation, et que, en mettant à part la méningite cérébro-spinale épidémique ou sporadique, presque toutes les inflammations méningées sont secondaires, soit à des maladies infectieuses, soit à des lésions crâniennes, soit à la tuberculose, soit à des néoplasmes divers des méninges et du cerveau.

(A suivre.)

DES MANIFESTATIONS CUTANÉES DE LA CHORÉE CHEZ LES ENFANTS.

Par le Dr Auguste Ollivier, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

Je me propose, dans cette note, d'appeler l'attention sur certaines éruptions cutanées que j'ai eu l'occasion d'observer chez deux enfants atteints de chorée. Il s'agissait d'un érythème polymorphe dans le premier cas, d'un urticaire dans le second. En même temps que ces éruptions, il s'était développé chez l'un des malades une lésion cardiaque et des douleurs articulaires; chez l'autre, des douleurs articulaires seulement.

Je n'ai trouvé mentionnée dans aucun auteur la coexistence d'accidents cutanés avec la chorée, et cependant il me semble, d'après ce que j'ai vu, que de semblables accidents peuvent précéder ou accompagner cette maladie, au même titre que des accidents articulaires ou cardiaques.

Voici, résumées, dans ce qu'elles ont d'essentiel, les deux observations sur lesquelles je m'appuie pour démontrer ce fait.

Observation I. — B... (Joseph), âgé de 13 ans, est admis, le 22 mai 1883, à l'hôpital Saint-Louis, salle Hillairet, no 3. — Son père a 50 ans et jouit d'une bonne santé, mais sa mère, âgée de 39 ans, a eu, à plusieurs reprises, des attaques de rhumatisme articulaire aigu. Il a un frère et une sœur qui se portent bien.

Il y a sept ou huit mois environ, il fut attaché à une fabrique de passementerie où sa besogne consistait à tourner une roue, mais bientôt un accident le força d'interrompre son travail.

La chambre qu'il occupait alors, située au rez-de-chaussée, était fort humide. Au point de vue des antécédents pathologi-

ques, il n'y a rien à relever chez cet enfant : sa santé n'a jamais rien laissé à désirer.

Le 11 février dernier, il fit une chute et se fractura la cuisse gauche à la partie moyenne. Transporté à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Félizet qui lui fit appliquer un appareil à extension continue, il guérit complètement sans raccourcissement ni claudication.

Le 1er avril, il fut envoyé à Vincennes. Il y était depuis vingt jours lorsqu'il fut pris, sans cause appréciable, de mouvements choréiques qui allèrent en augmentant et l'obligèrent à rester dans sa famille. A peu près à la même époque, survinrent des douleurs articulaires assez vives dans les deux genoux. Enfin, le 15 mai, il vit apparaître une éruption dont on constate encore aujourd'hui des traces manifestes.

Etat actuel. — Enfant bien constitué, d'apparence vigoureuse, mais de figure pâle. En l'interrogeant, on est frappé des grimaces continuelles qu'il fait; il répond par signes et se contredit à tout instant. L'interrogatoire auquel on le soumet le rend de mauvaise humeur; il a l'air de ne savoir s'il doit répondre ou non et pleurerait volontiers. Lorsqu'il essaie de parler, sa parole est difficile, la langue est projetée hors de la bouche, les lèvres grimacent et les commissures sont tiraillées en tout sens. Il n'existe aucun symptôme anormal du côté des yeux : pas de strabisme, pas de mouvements convulsifs.

Si on lui dit de porter la main à son front, il exécute ce mouvement en tâtonnant. S'agit-il de manger ou de boire, il parvient difficilement à porter sa cuiller à sa bouche, ou bien renverse son verre. Ses bras et ses jambes sont toujours en mouvement; il semble qu'il éprouve un besoin incessant de remuer, surtout lorsqu'on le regarde.

La marche se fait sans hésitation et même sans incoordination. Au repos et pendant le sommeil les phénomènes choréiques disparaissent tout à fait. La sensibilité paraît intacte.

L'examen de la poitrine ne révèle rien dans les poumons, mais le cœur est animé de battements tumultueux, irréguliers

et intermittents. La pointe bat dans le quatrième et un peu dans le cinquième espace intercostal, et en dedans du mamelon. Le malade nous affirme que ses palpitations ont commencé en même temps que ses mouvements choréiques.

A l'auscultation, on constate un souffle présystolique et systolique, très net à la pointe; le pouls, petit, irrégulier, intermittent, est à 76. Il n'y a pas de chaleur de la peau, pas de troubles digestifs. Les urines examinées n'offrent rien de particulier.

Outre les troubles du mouvement que nous venons de décrire, le malade présente une éruption spéciale, accompagnée de douleurs articulaires dans les deux genoux.

Cette éruption, dont le début remonte au 15 mai, a commencé par les mains, envahissant successivement le cou, le tronc et les membres inférieurs, mais laissant le visage intact. Elle consiste en macules, en papules et en nodosités. Sur le tronc, on remarque des plaques érythémateuses dont quelques-unes sont circinées; à la nuque et au cou existent de nombreuses papules d'un rose foncé, ne disparaissant qu'imparfaitement par la pression. Au devant des jambes se voient plusieurs nodosités du volume d'une petite noisette, tandis que les avant-bras et les bras sont parsemés de taches érythémateuses qui commencent à prendre une teinte ardoisée.

Cet érythème, qu'on peut appeler à juste titre polymorphe, est accompagné d'une légère sensation de prurit et de cuisson.

Les douleurs articulaires persistent encore, mais sont bien moins accusées qu'au début; elles disparaissent au bout de quelques jours.

Le 1er juin, il ne reste plus trace de l'éruption qui, depuis lors ne s'est pas reproduite.

Les phénomènes choréiques diminuèrent graduellement d'intensité, mais ce ne fut que le 20 août qu'ils cessèrent complètement.

La médication employée contre eux fut des plus simples;

elle consista dans l'administration du bromure de potassium à doses graduellement croissantes (de 1 à 7 grammes par jour).

En ce qui concerne le bruit de souffle, l'application de plusieurs vésicatoires volants dans la région précordiale resta sans effets et l'enfant sortit guéri de sa chorée, mais non de son affection cardiaque.

Le 1er février dernier, j'ai appris que l'état de mon jeune malade ne s'est pas amélioré; les palpitations ont redoublé de fréquence et d'intensité, il existe une oppression continue et les jambes sont œdématiées.

Observation II. — La nommée Marie M..., âgée de 13 ans, se présente le 15 janvier 1884, à la consultation de l'hôpital des Enfants-Malades.

C'est une jeune fille jouissant habituellement d'une bonne santé, qui n'est pas encore réglée. Ses parents vivent encore et se portent bien; ils n'ont jamais eu de maladies nerveuses ni rhumatismales.

Au commencement du mois de mars 1882, après avoir fait dans la matinée une course assez longue, par une température froide, cet enfant voit apapraître sur ses deux mains, — et sa mère confirme son dire, — des élevures blanches entourées d'une zone rouge qui occasionnent une vive démangeaison et l'obligent à se gratter avec force. En même temps elle ressent des douleurs vives dans les deux articulations métacarpo-phalangiennes avec légère rougeur périarticulaire mais sans tuméfaction.

L'éruption conserve pendant deux ou trois heures les mêmes caractères d'acuité, puis disparaît vers le soir de la même journée. Les douleurs articulaires, au contraire, persistent pendant quelques jours, limitées d'abord au poignet, envahissant ensuite le coude.

A ce moment apparaissent dans les deux mains des mouvements choréiques qui s'étendent graduellement à tous les membres et à la face, mais avec prédominance du côté droit.

Conduite tous les huit jours à la consultation de l'hôpital

des Enfants, la jeune malade est soumise au traitement suivant : liqueur de Fowler, vin de colchique, vin de quinquina, sirop d'iodure de fer.

La chorée et les douleurs paraissent avoir persisté six à sept mois, puis la santé de l'enfant se rétablit complètement.

Au mois d'août 1883, la malade ressent de nouveau des douleurs dans les articulations tibio-tarsiennes, surtout du côté gauche, avec tuméfaction au niveau des malléoles. Ces douleurs, envahissant successivement les articulations métacarpo-phalangiennes, les poignets et les coudes, rendent impossibles les mouvements des bras et la marche.

Aujourd'hui les douleurs des pieds ont disparu, mais celles des articulations métacarpo-phalangiennes persistent encore; peu intenses, il est vrai, et sans être accompagnées de gonflement ni de déformation des doigts.

Maïs, depuis deux mois, quelques mouvements choréiques ont reparu dans les membres supérieurs, dans la face et dans la tête.

Il n'y a pas de fièvre, rien d'anormal au cœur ni dans les plèvres,

Traitement : badigeonnage de teinture d'iode autour des articulations. Bromure de potassium et bains sulfureux.

Le 5 février, les mouvements choréiques ont cessé presque complètement, mais les douleurs articulaires persistent dans les mêmes jointures.

Le 12, les mouvements choréiques ont disparu, les douleurs articulaires n'existent plus qu'au poignet et aux articulations métacarpo-phalangiennes. Le cœur est absolument indemne.

Il résulte des observations qui précèdent que dans certains cas, — dont il n'est pas encore possible de déterminer la fréquence, — la chorée peut être précédée ou accompagnée de manifestations cutanées, érythème simple, érythème papuleux ou noueux, urticaire, et, probablement aussi, purpura. Dans la première observation, l'éruption apparut trois semaines après

le début des désordres musculaires et presque en même temps que l'endocardite et les arthropathies; dans la seconde, elle précéda de quelques jours les mouvements choréiques et les douleurs articulaires. Ainsi, dans un cas, il y eut simultanéité; dans l'autre, succession de ces différentes manifestations. En présence d'une pareille connexité, n'est-il pas rationnel de leur reconnaître une seule et même origine. Or, la plupart des pathologistes admettent, depuis les importants travaux du professeur Germain Sée et de M. Henri Roger, que, le plus souvent, la chorée et les affections cardiaques qui l'accompagnent sont de nature rhumatismale. Il en est donc très probablement de même des accidents cutanés que je viens de décrire.

Il serait intéressant de savoir comment agit le *rhumatisme* pour donner lieu à des manifestations pathologiques aussi nombreuses, mais nous ignorons encore, malgré toutes les théories proposées par les auteurs (1), en quoi consiste cet état constitutionnel. Tout au plus pouvons-nous supposer que, sous l'influence d'un refroidissement ou d'un agent dont la nature nous est inconnue, il se produit sur différentes parties du système nerveux des excitations qui donnent lieu à des accidents variés (troubles de la coordination motrice, congestions et phlegmasies des jointures, des séreuses du cœur, des téguments, etc.). Mais je ne veux point aborder aujourd'hui cette question si controversée de pathogénie. Je me contente d'apporter un modeste tribut à l'histoire clinique d'une maladie qui présente encore tant de points obscurs.

---

(1) On trouvera dans le récent ouvrage du professeur Charles Bouchard (*Des maladies par ralentissement de la nutrition*. Paris, 1883, p. 327) un excellent exposé critique de ces diverses théories.

OPÉRATION DE L'EMPYÈME CHEZ LES ENFANTS.

HISTORIQUE, COMPARAISON ET APPLICATION A L'ENFANCE DES DIVERS MOYENS D'ÉVACUATION DE LA PLÈVRE.

Par MM. les Drs de Saint-Germain et Pierre-J. Mercier (1).

Messieurs,

La plèvre qui tapisse la face intérieure des côtes et se réfléchit sur les poumons forme, pour chacun de ces organes, une sorte de sac sans ouverture, qui évolue avec le poumon dans la cage thoracique, le suit dans son extension comme dans sa retraite, et a reçu le nom de *cavité pleurale*.

Cette cavité qui, à l'état normal, n'est qu'une cavité virtuelle, puisqu'elle est constamment remplie par le poumon, soit dilaté, soit revenu sur lui-même, peut, sous l'influence de traumatismes ou par des causes internes, se laisser distendre par des gaz, de l'air, du sang, des liquides d'épanchement (*séreux*, *séro-fibrineux*, *purulent*) qui, en dehors des autres troubles nombreux qu'ils apportent avec eux à l'organisme, ont tout d'abord l'inconvénient de faire concurrence au poumon pour l'occupation de la loge pleurale ; de comprimer, de refouler cet organe, au détriment de l'acte respiratoire.

Aussi la conception et la pratique d'une opération destinée à évacuer la plèvre de son contenu morbide sont-elles aussi anciennes que la médecine elle-même.

(1) Cette exposition fait partie des *Leçons cliniques de chirurgie des enfants*, par le Dr Louis-A. de Saint-Germain, recueillies et publiées par le Dr Pierre-J. Mercier (*pour paraître en avril*, chez H. Lauwereyns). Les épreuves de la présente leçon, professées par M. de Saint-Germain, ayant reçu du Dr Mercier quelques additions relatives à l'historique et la physiologie pathologique, M. de Saint-Germain a exigé qu'elle fût signée, ici, de leurs deux noms.

Je n'ai pas l'habitude de donner dans mes leçons une grande place à l'historique, mais l'histoire des opérations pratiquées sur la plèvre porte un tel enseignement, par rapport à leur valeur réciproque, que je ne puis m'empêcher de la rapporter ici. Je dois d'abord rappeler que l'opération de l'empyème, la pleurotomie, a été magistralement décrite par Hippocrate, et que, chose curieuse, cette description embrasse toutes les indications qui ont été réparties, dans la suite, au profit d'autres moyens qu'on a considérés, à tort ou à raison, comme des découvertes.

Il est à noter que la description de l'opération se trouve jointe dans les œuvres hippocratiques à celle de la fameuse *succussion*, qui sert à reconnaître l'hydropneumothorax ou plutôt le pyopneumothorax, qui est encore aujourd'hui l'une des affections pour lesquelles on pratique le plus souvent l'opération de l'empyème.

Je lis la description de l'opération (1).

« Si l'épaisseur ou la quantité du pus empêchait d'entendre aucun son, il ouvrait du côté où la douleur et la tuméfaction étaient le plus sensibles, mais plutôt par derrière que par devant, et à la partie la plus déclive, pour donner au pus une issue plus facile. Il commençait par une incision à la peau avec la *machaïre* de la poitrine (lame en forme d'épée). (*Voir* note 13 du *Médecin*.) Puis avec une autre *machaire*, plus aiguë et plus étroite, entourée d'un linge jusqu'à un demi-pouce de sa pointe, il pénétrait dans la poitrine. Quand il avait évacué autant de pus qu'il le jugeait à propos, il fermait l'ouverture avec une bande de linge attachée à un fil. Tous les jours il évacuait la même quantité de pus. Le dixième jour où tout le pus était sorti, il injectait par l'ouverture du vin et de l'huile tièdes pour nettoyer le poumon. Le

(1) V. Daremberg, *Hippocrate*, p. 460-61. (Notes des *Coaques*.)

matin, il donnait issue à l'injection du soir et le soir à celle du matin. Dès que le pus devenait clair et un peu gênant, il introduisait dans l'ouverture une canule d'étain. A mesure que la poitrine se desséchait, il diminuait la canule et laissait ainsi peu à peu consolider la plaie. Si le pus était blanc et parsemé de filets sanguinolents, c'était un signe presque certain que le malade en réchapperait; mais si, le premier jour, il ressemblait à du jaune d'œuf et si, le lendemain, il était épais, d'un vert pâle et d'une odeur fétide, il jugeait que le malade en mourrait (*de Morbis*, II, p. 476, col. de Foës, et *ibid.*, p. 483). Quelquefois il faisait cette opération avec le cautère actuel. Les cautères dont se servaient les auteurs hippocratiques étaient ou épais, ou allongés, ou cunéiformes, ou recourbés à une extrémité, et à l'autre, larges comme une obole. »

Voilà l'opération d'Hippocrate, à laquelle, comme l'a très bien fait remarquer Trousseau, la chirurgie moderne a très peu ajouté. L'opération même d'Estlander, qui ne semble pas comprise dans cette description, n'est pas étrangère à la tradition hippocratique; elle a, en effet, été préparée par la perforation de la côte, pratiquée aussi par l'école d'Hippocrate et reprise au XVIe siècle en même temps que les injections détersives prescrites par Hippocrate, Galien, Rhazès; mais Fabrice d'Acquapendente se plaint de ce que, de son temps, l'opération était tombée en désuétude.

Le moyen âge, tout en maintenant l'empyème hippocratique, avait discuté seulement sur la question de savoir s'il valait mieux intervenir par le fer ou par le feu; la seule préoccupation qui avait prévalu avait été celle des moyens d'entretenir la plaie béante. Il faut venir jusqu'au XVIIe siècle pour trouver la première manifestation de la crainte de l'entrée de l'air qui devait dominer pendant longtemps toutes les conceptions des modernes à ce sujet.

Bontius pose le premier la question de savoir si ce danger est à craindre, en 1658, mais c'est pour en écarter la suspicion. Bartholin soutint la doctrine contraire, et l'emploi qu'il fit des moyens d'aspiration et de succion déjà mis en œuvre par Scultet, dans le but évident d'éviter l'entrée de l'air, en évacuant la plèvre au moyen d'une plaie très étroite, semble révéler chez lui l'existence de la même crainte.

Dès ce moment, en même temps que les précautions de ce genre se multiplient dans l'opération de l'empyème, le champ des indications de cette opération s'élargit. Ce n'est pas qu'il puisse jamais être plus large qu'à l'origine, car l'empyème hippocratique embrassait dès le début, dans sa complexité, toutes les indications chirurgicales et médicales qui pouvaient plus tard se faire jour; mais cette complexité n'avait pas produit tous ses fruits, car, dans la pratique, pendant l'époque latine et le moyen âge, l'empyème avait presque exclusivement été appliqué aux conséquences des plaies de poitrine.

Jérôme Goulu, en 1624, commence à employer l'empyème dans l'hydrothorax.

Zacutus Lusitanus, vingt ans après, le déclarait aussi bien indiqué dans les épanchements de sérosité que dans les épanchements purulents. Willis et Lower suivent cette voie. Dans la seconde moitié du XVIII^e siècle on commence même à employer le trocart, qui servait dès longtemps aux ponctions abdominales. Lurde se prononce pour l'opération; Chopart et Desault se prononcent contre.

On s'enhardit peu à peu et même, à mon sens, Audouard va trop loin, en 1808, en s'efforçant de prouver (ce sur quoi on devait revenir plus tard), comme nous l'expliquerons, qu'il n'y a aucun avantage à évacuer le liquide peu à peu ET

QU'ON N'A PAS A CRAINDRE UN VIDE MORTEL EN RETIRANT D'UN COUP TOUT LE LIQUIDE DE L'ÉPANCHEMENT.

La distinction définitive de la pleurésie avec la pneumonie, devait en attirant l'attention des médecins sur tous les symptômes pleurétiques, leur donner l'occasion de constater l'existence d'épanchements souvent méconnus auparavant. Or, il est étonnant de le dire : l'hydrothorax, appelé hydropisie de poitrine, et le pyothorax, appelé aussi empyème, tout comme l'opération destinée à le guérir, avaient été connus de tout temps, tandis que le rôle de la phlegmasie pleurale dans la production de ces épanchements avait été longtemps méconnu. Décrite, une première fois, comme affection distincte par Boerhaave et de Haen, la pleurésie devait encore une fois se confondre dans les classifications nosologiques avec la pneumonie, confusion que Pinel a définitivement dissipée ; mais Laënnec rendit cette distinction impérissable en mettant à la portée de tout praticien instruit la séméiologie différentielle des deux affections. En permettant qu'un plus grand nombre de pleurésies fussent diagnostiquées, Laënnec fut aussi cause qu'un plus grand nombre de ponctions de la poitrine furent effectuées et, en ce sens, on peut dire qu'il contribua indirectement au développement de ces opérations, car, pour lui-même, il les tint toujours dans un certain discrédit.

La discussion de l'Académie de médecine, en 1835, refléta ces dispositions de Laënnec et se montra peu favorable à la paracentèse de la poitrine, appelée aussi *thoracocentèse*, ou d'un nom beaucoup moins correctement composé, mais qui a pourtant prévalu, *thoracentèse*.

A cette époque la préoccupation dominante est celle d'éviter l'entrée de l'air. La paracentèse seule, comme son nom l'indique (κέντησις, action de piquer; παρὰ, à côté, indirectement), est déjà un procédé préventif contre l'entrée de

l'air, puisque, en se servant du trocart de l'ascite, on a soin de détruire le parallélisme entre la piqûre de la peau et la piqûre de la séreuse; aussi les perfectionnements successifs du trocart se produisirent-ils dans le même sens et coïncidèrent avec un emploi de plus en plus large de la thoracentèse. L'appareil de Schuh, un peu compliqué, et surtout le trocart de Reybard, avec canule garnie de baudruche, représentent, pour l'époque de 1830 à 1848, l'apogée de ces perfectionnements.

Vous connaissez tous le trocart, ou plutôt la canule de Reybard, qui ne doit elle-même sa célébrité qu'à l'adjonction d'une baudruche ou d'un vulgaire *condom* mouillé, lequel, par l'application de ses parois, empêche l'entrée de l'air pendant l'écoulement du liquide de l'épanchement. Ce procédé ne fut décrit qu'en 1841; puis Trousseau lut à l'Académie, en 1844, un mémoire en faveur de la thoracentèse, parfaitement réglée par lui, au moyen du trocart de Reybard. On peut dire que cette époque, grâce à la grande autorité que Trousseau savait donner à tout ce qu'il prenait sous son patronage, vit le point culminant de la thoracentèse, d'autant plus que le mouvement avait suivi la même marche ascendante à l'étranger. En effet, dès environ 1835, la thoracentèse avait été pratiquée, assez largement, par Becker (de Berlin), par Thomas Davies. Il est vrai qu'au même moment Stokes et Watson commencèrent à jeter sur la méthode la suspicion dont toutes les méthodes de thoracentèse par ponctions réitérées ont encore du mal à se laver : celle de changer un épanchement pleurétique simple en épanchement purulent. Schuh et Skoda, en Autriche, s'étaient au contraire, en 1839 et en 1841, prononcés pour la paracentèse de la poitrine. Hamilton Rõe et Hughes, en Angleterre, s'étaient aussi prononcés en sa faveur; mais Hope avait été contre.

L'invention de la *méthode de ponction capillaire avec aspiration*, ou plus brièvement la *méthode aspiratrice* qui survint, il y a peu d'années, parut être un grand progrès sur la méthode de Reybard. Elle procède, comme cette dernière, de la crainte de l'entrée de l'air, contre laquelle elle est certainement plus efficace, et s'efforce en même temps de résoudre certaines difficultés opératoires attachées à l'emploi du trocart de Reybard.

Une des critiques qui avaient été faites à ce dernier était l'importance de son traumatisme en lui-même et le danger de piquer le poumon. De là suivait tout naturellement l'idée de diminuer le trocart. Ainsi Blachez, en 1868, préconisa l'emploi de trocarts capillaires, dont les piqûres sont d'une innocuité reconnue; mais une difficulté non constatée d'abord, celle de donner issue aux liquides par des orifices aussi petits que ceux produits par les trocarts capillaires, devait suggérer à la méthode l'idée d'un nouvel élément. Il lui fallait le secours d'une aspiration, d'une succion.

Ce n'était pas à dire qu'on manquât d'un instrument pour pratiquer cette succion. Jules Guérin avait inventé une seringue qu'on aurait tort d'oublier parce qu'il faudrait la réinventer, pour aspirer les liquides utérins, usage pour lequel elle est incomparable; cet instrument permettait aussi de faire, sans désemparer, des injections dans les cavités naturelles. Aussi Maisonneuve, dont l'esprit ingénieux cherchait tous les jours de nouveaux perfectionnements, avait-il fait usage de la seringue de Jules Guérin, en l'adaptant à des manchons de caoutchouc, pour aspirer les liquides à la face des plaies. Rien n'eût été plus naturel que d'aspirer avec le même instrument les épanchements pleuraux et d'utiliser en même temps, pour des lavages de la plèvre, le double courant de cette seringue. Ce ne fut pas, toutefois, l'appareil de Jules Guérin qui eut l'honneur d'être le premier instrument d'as-

piration appliqué à la thoracentèse. Vous connaissez, tous, les appareils ingénieux inventés à cet effet et dont on a fait si largement usage sous vos yeux : l'appareil de Dieulafoy, les appareils de Castiaux, de Potain. Je ne vous ferai donc pas la théorie ni la description complète de ces instruments. La théorie en est d'ailleurs fort simple : une aiguille creuse, capillaire, est mise en communication, interrompue par un robinet, avec un récipient dans lequel on a fait le vide ; l'aiguille est introduite dans les tissus ; on ouvre le robinet et le liquide monte dans le récipient.

On ne saurait croire à quel point de vulgarisation ces instruments si faciles à manier, si inoffensifs en apparence, même entre les mains les moins chirurgicales, portèrent la pratique de la thoracentèse. Notre regretté maître Béhier, si prompt aux tendances vers le progrès, tout autant, du reste, qu'aux retours en arrière, quand ils lui étaient suggérés par les leçons de l'expérience, donna la note dominante de ce concert le jour où il enseigna que la thoracentèse était applicable aux épanchements, même modérés (1).

Ce fut lui aussi, après avoir été le chef d'un mouvement qu'on ne peut s'empêcher maintenant de considérer comme exagéré, qui eut l'honneur d'attirer, l'un des premiers, l'attention sur des accidents imprévus, inouïs, consécutifs à la thoracentèse, qu'on a longtemps hésité pourtant à imputer à cette opération, tant l'opinion a de peine a remonter le courant de la mode, et qui influent actuellement beaucoup, avec la lassitude naturelle qui suit les grands engouements, sur la tiédeur générale à l'égard d'un moyen de traitement trop prodigué pendant longtemps.

Le premier de ces accidents qui appela l'attention fut

---

(1) Leçon faite à la clinique de l'Hôtel-Dieu, le 15 avril 1872 ; recueillie par H. Liouville et Landrieux. (V. *Union médicale*.)

l'*expectoration albumineuse*, phénomène souvent très simple, mais pouvant prendre les proportions d'un désastre et que je vais essayer de vous décrire. A la suite d'une thoracentèse, à marche aussi normale que possible, et vers la fin de l'écoulement pleural, après quelques quintes de toux, qui se produisent d'ailleurs souvent dans le même cas sans aucune signification, il apparaît sur les lèvres du malade un peu d'écume blanchâtre, un véritable crachottement, puis un liquide citrin, légèrement filant, très mousseux, qui donne par l'acide azotique un précipité très abondant d'albumine. La quantité du liquide, expectoré ainsi, varie, de plusieurs litres à quelques grammes, en une heure ou deux. Très minime dans les formes légères, très rapide et surtout continue dans les formes intenses, l'expectoration albumineuse a amené la mort plusieurs fois, pendant ces dernières années, par une véritable noyade de l'appareil respiratoire (1).

Ces faits donnèrent lieu à d'importantes discussions, dans la Société de biologie (2), à l'Académie de médecine (3) et surtout dans la Société médicale des hôpitaux ; cette dernière discussion, inaugurée par M. Féréol (4) et à laquelle prirent part MM. Moutard-Martin, Dujardin-Beaumetz, Woillez, Ernest Besnier, Desnos, fut supérieurement résumée par M. Hérard. L'opinion exprimée par lui sur la genèse de l'expectoration albumineuse nous semble en effet s'appliquer parfaitement à ce phénomène et même à ses transformations,

(1) Voir la thèse de M. Terrillon, 1873. Voir surtout dans cette thèse : une *observation recueillie par M. Terrillon, chez M. Gombault, à Saint-Antoine*, en 1870, mort et autopsie, et une *observation prise dans le service de M. le professeur Béhier*, suppléé par M. Ball. Présentée à la *Société de biologie*, en novembre 1872.

(2) *Société de Biologie*, 1869. Communication de M. d'Espine.

(3) *Académie de Médecine*, 1872.

(4) *Société médicale des Hôpitaux*, 23 mai 1873.

car c'est, comme vous allez le voir, un véritable Protée. Cette opinion attribue les faits décrits plus haut à une sorte de transsudation séro-albumineuse à travers les parois alvéolaires par le fait d'une congestion pulmonaire rapide.

A peine M. Hérard venait-il de fixer les idées, sur un accident qui avait causé un certain trouble, qu'un nouvel accident, d'aspect différent au premier abord, venait encore apporter la perturbation dans le règne si paisible jusque-là de la thoracentèse.

Le 13 juin 1873, Béhier fit une mémorable leçon à l'Hôtel-Dieu sur deux malades morts, l'un dans son service, l'autre dans celui de M. Dumontpallier à Saint-Antoine, tous deux après la thoracentèse, mais sans avoir rejeté de liquide albumineux. Les deux malades avaient succombé dans des conditions presque identiques, mais particulièrement frappantes pour celui de Béhier. Trois heures après l'opération, il fut pris d'un étouffement violent, d'une dyspnée terrible; il déclarait que *s'il pouvait cracher* il serait soulagé et mourait asphyxié, après une heure de souffrance. Dans les deux cas, à l'autopsie, le poumon du côté opéré était très volumineux; il laissait échapper à la coupe des flots de sérosité roussâtre. Ainsi l'idée d'un œdème aigu du poumon, pouvant se résoudre par une expectoration albumineuse, qui s'était déjà présentée à MM. Hérard et Moutard-Martin, se trouvait réalisée et ce rapport n'échappa pas à l'esprit pénétrant de Béhier. Il n'hésita pas à dire que l'expectoration albumineuse qui avait manqué cette fois, au cas où elle n'eût pas été, par son abondance même, une cause de suffocation pour les malades, les eût sauvés (1).

Grâce à cet intelligent commentaire, l'idée d'un certain balancement entre l'œdème aigu et l'expectoration albumineuse, sous l'influence d'une congestion interne, commença

(1) V. *Présentation d'un poumon* à la *Société de biologie* par H. Liouville

à entrer dans les esprits; mais nul ne songeait encore à supposer que la congestion pulmonaire, surtout d'un seul poumon, pût tuer à elle toute seule dans les mêmes conditions, quand, le 25 juillet 1875, M. Legroux se présenta devant la Société médicale des hôpitaux pour annoncer la mort foudroyante, trois quarts d'heure après la thoracentèse, d'un homme de 52 ans, grand et bien musclé, détenu à la prison de la Santé, sans qu'on ait pu trouver à l'autopsie autre chose que de la *congestion pulmonaire*. M. Legroux est le premier qui ait songé que l'évacuation de la plèvre, surtout avec aspiration, avait pu amener l'événement fatal. En effet, disait-il, si l'on soustrait rapidement d'une cavité viscérale une masse considérable de liquide ou de solides, le sang qui circule dans les vaisseaux tend à venir combler le vide, en se précipitant vers la cavité ainsi débarrassée.

Ainsi l'hyperémie pulmonaire, amenée par l'évacuation subite de la plèvre et exagérée par la succion, a pu, suivant les cas, se réfléchir à l'intérieur des bronches et noyer le malade par l'expectoration albumineuse, ou l'étouffer par l'œdème précurseur de cette expectoration devenue interstitielle, ou suspendre la vie par un simple coup de sang, surtout quand l'effet de la thoracentèse sur le poumon malade n'était pas compensé par l'action vicariante de l'autre poumon que l'on trouve le plus souvent tuberculeux à l'autopsie. Personne n'ignore, en effet, les liens étroits qui unissent la pleurésie et surtout la pleurésie purulente avec la tuberculose, dans l'enfance comme dans l'âge mûr.

La responsabilité de la thoracentèse et surtout de la ponction capillaire, dans les accidents que je viens de relater, entrevue par M. Legroux, a été loin d'être d'abord acceptée complètement, par lui-même ou en général, au fort de l'en-

---

au nom de Béhier, le 7 juin 1873, et la *Leçon clinique* de Béhier, du 13 juin, publiée par l'*Union médicale*.

gouement qui régnait encore pour cette opération. Néanmoins un certain ralentissement dans l'activité opératoire des médecins s'est fait immédiatement sentir et la crainte de suites funestes de la thoracentèse, désormais considérées comme possibles, corrobora l'autorité du fort parti qui pour d'autres motifs, avait toujours fait opposition à l'opération. A la tête de ce parti, je placerais volontiers notre maître, M. Roger, qui attribue à la thoracentèse presque tous les cas de mort survenus à la suite d'une pleurésie, parce que selon lui, avant la fréquence des ponctions, cette affection était d'une innocuité à peu près parfaite. Un des graves inconvénients des ponctions répétées, d'après M. Roger et beaucoup de médecins compétents, serait de déterminer fréquemment la purulence.

Les dispositions du corps médical sont donc bien modifiées par rapport à la thoracentèse. Je n'en veux pour preuve que deux articles publiés par M. Dieulafoy dans la *Gazette hebdomadaire*, en 1877. Dans ces articles, le père, père encore jeune et je l'en félicite, de la méthode aspiratrice, n'a pas hésité à tracer les limites de l'utilité de sa méthode, qui d'ailleurs reste inattaquable comme moyen d'exploration. Il l'a fait avec compétence et autorité, comme un homme que l'abus qu'on a fait de son procédé ne pouvait ni entraîner, ni atteindre.

Les règles de l'indication de la thoracentèse, de nos jours, pour les esprits pondérés et sages, parmi lesquels je me plais à compter mon collègue et mon ami le Dr Cadet de Gassicourt, à l'excellent *Traité clinique des maladies de l'enfance* duquel je les emprunte, sont fortement empreintes de défiance à l'égard des ponctions répétées et de la déplétion rapide de la plèvre ; elles se résument ainsi :

1° La règle de la ponction de toute pleurésie au douzième jour est absolument erronée.

2° Il n'y a que deux indications véritables de la thoracentèse : α. la quantité de liquide contenu dans la plèvre est une menace immédiate de syncope ou d'asphyxie ; β. le liquide pleural ne tend pas à se résorber et l'épanchement de la pleurésie aiguë tend à se transformer en hydrothorax.

3° Pour éviter les accidents produits par la déplétion subite de la plèvre, il faut arrêter l'écoulement, avant que la plèvre soit vidée entièrement ; il faut évacuer le liquide en plusieurs fois.

4° Dans la pleurésie purulente, qui est beaucoup plus fréquente dans l'enfance que dans les autres âges, soit associée à la tuberculose, soit consécutive à certaines maladies, mais surtout à la scarlatine ; soit comme conséquence de l'athrepsie, l'opération de l'empyème est préférable à celle des ponctions successives parce qu'elle est toujours applicable et suffit toujours, tandis qu'il y a beaucoup de cas où la thoracentèse ne suffit pas (1).

C'est maintenant notre tour de nous prononcer sur la valeur comparative de ces divers moyens, ce que nous ferons, avec d'autant plus de liberté, en qualité de chirurgien, que l'ouverture de la plèvre, qu'on la fasse timidement avec un trocart plus ou moins capillaire, ou qu'on procède largement par section de la paroi thoracique, est une intervention chirurgicale dans son essence, dont l'usage ne s'est vulgarisé entre des mains, quelquefois inexpérimentées, que par la présomption, très peu justifiée, comme on l'a vu, de son innocuité, grâce à l'emploi de moyens atténués.

Mais quelles sont les indications de l'empyème ?

Il semblerait convenable d'exposer ici les signes auxquels on reconnaît une pleurésie purulente. Je vous renvoie, pour

(1) V. *Traité clinique des maladies de l'enfance*, par le Dr Cadet de Gassicourt, t. I, p. 352 à 387. Paris, Octave Doin.

cela, aux livres de médecine, qui vous renseigneront complètement au point de vue médical; mais la question n'est pas là. La question est, pour moi, de savoir s'il y a de ces signes qui puissent frapper, du premier coup, l'œil du chirurgien. Or, ces signes existent et ne peuvent tromper ceux qui, comme les chirurgiens des enfants, n'ont que trop l'occasion de le faire, connaissent bien l'infection putride. Ce sont : les frissons vespéraux, l'anorexie, les vomissements, l'hecticité. De même que, quand je suis appelé pour un croup, je vois qu'il faut opérer quand je constate un tirage marqué; quand je trouve les signes que je viens de nommer chez un enfant atteint de pleurésie, je fais sans hésiter l'empyème.

Je dois vous dire aussi que l'empyème, moyennant certaines précautions, est une opération assez simple. Ceux d'entre vous, messieurs, qui ont suivi mon service régulièrement, depuis deux ans, m'ont vu pratiquer l'opération de l'empyème dans un service de médecine, celui de mon collègue et ami le Dr Labric, par lequel j'ai été plusieurs fois appelé pour faire cette opération dont les résultats ont été assez heureux, puisque, sur trois opérés, un seul est mort et que les deux autres ont très rapidement guéri.

J'ai procédé plus simplement que la description classique de l'opération de l'empyème ne pouvait le faire prévoir. La première question qu'on pose est celle du choix de l'espace intercostal sur lequel doit porter l'incision. On est généralement d'accord pour conseiller d'attaquer le tiers moyen des espaces intercostaux, parce que, dans cette région, les vaisseaux intercostaux sont abrités contre une lésion traumatique par la gouttière intercostale, et on conseille de choisir le 9e espace comme le plus déclive. Malgaigne penchait pour le 8e ou le 9e espace, et Jules Guérin réclamait

les droits méconnus du 5e ou du 6e espace (1). L'opinion qui laisserait le chirurgien libre de choisir son espace, suivant son meilleur jugement, opinion à laquelle je me rattache entièrement, tend maintenant, et fort heureusement, à prévaloir.

Pour moi, dans les trois cas cités, je n'ai pas eu à me préoccuper du soin de choisir l'espace intercostal le plus favorable à l'opération, parce que, toujours, une ponction préalable avait été faite, entre la cinquième et la sixième côte, à peu près à l'union du tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs de l'espace intercostal correspondant; et même l'orifice qui résultait de cette ponction, n'étant pas entièrement obturé, laissait suinter quelques gouttes de sérosité purulente qui semblaient m'inviter à pénétrer par ce point, d'ailleurs correspondant aux données fournies par Jules Guérin, dont le trocart a disputé à celui de Reybard la faveur du public médical.

Introduisant une sonde cannelée, préalablement trempée dans l'eau phéniquée, par cet orifice, j'ai pu pénétrer dans la plèvre avec la plus grande facilité.

Glissant alors un bistouri boutonné dans la cannelure de la sonde, j'ai pratiqué, dans l'espace intercostal, un débridement de 2 centimètres 1/2 environ de largeur. Mon doigt, introduit dans la plaie, a pu, au moyen d'une certaine divulsion exercée sur ses lèvres, l'élargir de 1 centimètre environ, et, aussitôt après, un flot de pus s'est échappé et la plèvre s'est vidée. Je suis grand partisan de cette divulsion manuelle qui m'avait déjà réussi plusieurs fois chez l'adulte; il ne faudrait pourtant pas s'attendre à trouver chez les jeunes sujets la même facilité d'introduction, car l'espace

(1) V. Thèse de Peyrot. 1876. *Etudes expérimentales et cliniques sur le thorax des pleurétiques et sur la pleurotomie.*

intercostal, chez l'enfant, est tellement étroit que la phalangette seule peut y pénétrer librement.

Une fois la plèvre vidée, j'ai introduit dans cette cavité deux gros tubes de caoutchouc rouge, adaptés l'un à l'autre, et j'ai pu, séance tenante, pratiquer un lavage à la solution boriquée; je préfère, dans l'espèce, cette solution à l'eau phéniquée dont je redoute l'absorption sur une aussi vaste surface et les accidents d'intoxication qui pourraient en résulter.

La question des lavages consécutifs à l'empyème, et répétés ensuite au moins deux fois par jour, joue le rôle le plus important, par rapport au succès définitif de cette opération. Ces lavages peuvent être simplement antiseptiques ou détersifs, et l'eau de chaux, ainsi employée, a souvent parfaitement suffi. J'ai même employé avec succès, dans ce but, l'irrigation continue.

Chez un malade de 16 ans, que j'ai eu occasion d'opérer en ville, avec notre regretté confrère le Dr Contour, un réservoir, rempli de solution boriquée tiède, fut en effet placé sur une tablette, à 1 mètre environ au-dessus du lit du malade. Un tube de caoutchouc, muni d'un robinet, communiquant avec un des tubes introduits dans la plèvre, permit de régler avec la plus grande précision la quantité de liquide introduit, alors que le second tube pleural, communiquant lui-même avec un tuyau de conduite, déversait dans un seau, placé sous le lit du malade, le liquide sortant. Ce système d'injection à double courant, par un jeu de siphon, s'exécuta avec la plus grande facilité, et je suis tenté de lui accorder une grande importance dans le succès complet et rapide que nous obtînmes.

On ne peut, messieurs, établir de règle absolue relativement au retrait des tubes intra-pleuraux. Tout dépend de l'abondance, de la qualité du liquide sécrété. Rappelez-

vous, cependant, qu'il y a beaucoup plus d'inconvénient à les retirer trop tôt qu'à les laisser trop tard. Une considération très importante peut vous pousser à continuer les lavages au delà du temps ordinaire, c'est celle de l'état général du malade. Ordinairement, à mesure que le suintement de la plèvre diminue, les signes de l'hecticité disparaissent, les forces se relèvent, l'embonpoint renaît, la couleur reparaît sur les joues du malade, et l'on assiste à une véritable résurrection. Les lavages seuls n'ont pas tout l'honneur de cette cure, qui dépend beaucoup de l'intelligence déployée dans le mode d'alimentation. Immédiatement après l'opération et longtemps après, les boissons alcooliques doivent être données, je dirais presque prodiguées au malade. Son appétit, s'il est languissant, doit être sollicité par tout ce qu'il est susceptible de convoiter en fait d'aliments. Il faut, en un mot, qu'il mange et beaucoup. Généralement j'ai obtenu ce résultat assez facilement, mais si je tombais un jour sur un sujet récalcitrant, je n'hésiterais pas à recourir au moyen que je vous ai vanté pour suppléer au défaut d'alimentation après la trachéotomie, c'est-à-dire au gavage, à l'ingurgitation forcée des aliments par la sonde œsophagienne. Ce moyen est bien supérieur aux lavements alimentaires dont les résultats sont très douteux.

Voilà donc, messieurs, comment j'ai jusqu'ici fait l'empyème. Le programme de l'opération est bien simple, quand elle est facilitée par une ponction antérieure; quand il n'y a pas eu de ponction préalable ou quand le lieu qu'on a choisi pour cette ponction n'est pas celui qu'on aurait dû choisir, je fais mon incision entre la cinquième et la sixième côte, puis me rappelant que les vaisseaux à ménager côtoient le bord inférieur de la côte, je m'attache, dans les incisions profondes, à raser le bord supérieur de la côte inférieure. Une fois la pénétration dans la plèvre

obtenue, je reprends le programme déjà tracé sans m'en écarter.

Je n'ai eu pour ma part, jusqu'à présent, à compter avec aucun des accidents opératoires que je trouve mentionnés dans les livres, et dont la crainte exagérée a beaucoup fait pour le succès de la ponction capillaire. Ainsi je n'ai jamais vu d'hémorrhagie de l'artère intercostale, accident très grave et même mortel, mais excessivement rare et dont on connaît seulement deux exemples relatés dans la thèse de Dulac. Je viens de dire, du reste, quelle précaution on peut prendre pour diminuer encore la possibilité d'une hémorrhagie de cette sorte. La blessure du poumon par l'instrument piquant et tranchant est infiniment peu probable, si l'on se fie à son doigt plutôt qu'au bistouri pour pénétrer définitivement dans la plèvre. Elle est d'ailleurs presque impossible quand le poumon, refoulé sur lui-même et emprisonné dans des fausses membranes, occupe, comme cela arrive le plus souvent, le haut de la gouttière costo-vertébrale. Quant au danger de l'entrée subite et du séjour de l'air dans la cavité pleurale, je crois que ce danger n'existe pas ; qu'on est tombé pour l'éviter dans les plus déplorables méprises, et cette erreur a eu des conséquences si graves que vous me pardonnerez d'en approfondir avec vous les causes, pour arriver à vous en détourner définitivement. Je vous demande une grande attention par rapport à cette étude, dont plusieurs points ont une certaine nouveauté, et dont l'exposition se trouve ici forcément restreinte. Vous y trouverez, si je réussis à me faire bien comprendre, l'explication plus complète encore qu'on ne l'a faite jusqu'ici des accidents consécutifs à la thoracentèse, lesquels sont loin d'être la conséquence de l'entrée de l'air dans la plèvre, mais résulten au contraire de ce que, par une méthode opératoire intempestive, on y produit subitement le vide, succédant à la réplétion.

Écartons d'abord la crainte qu'on pourrait concevoir de favoriser la purulence en admettant avec l'air extérieur des micro-organismes. En effet, l'emploi de la méthode antiseptique a complètement écarté ce danger. On pourrait presque dire qu'avec l'adjonction d'un spray phéniqué, l'entrée de l'air deviendrait médicamenteuse, c'est-à-dire qu'il y aurait lieu d'espérer une heureuse modification des surfaces suppurantes, par ce seul moyen.

Quant aux effets mécaniques funestes que cette entrée de l'air est censée produire sur le jeu des organes respiratoires, je sais, par expérience, que c'est une illusion. Voici comment l'on exprime ordinairement l'opinion contraire :

Si l'on fait brusquement une incision costo-pleurale à un animal en expérience, l'air se précipite dans sa plèvre, le poumon, refoulé en haut de la loge pleurale, se ratatine sur lui-même et devient impropre à la respiration. Oui, peut-être pour un moment, mais bientôt l'expansion et le retour en arrière s'accomplissent de nouveau, quoique diminués, et l'acte respiratoire n'est jamais interrompu. Je n'en veux d'autre preuve que ce qui se passe dans les blessures de la poitrine avec épanchement sanguin dans la plèvre ; car, dans ce cas, c'est au moment de l'expiration, c'est-à-dire au moment où le fond de la loge pleurale remonte à la suite du poumon, qu'une mousse sanglante se montre à l'orifice de la plaie, d'où l'on voit que les parois de cette loge avaient évolué après l'entrée de l'air, sinon complètement, du moins partiellement, puisque la cavité pleurale, agrandie par l'expansion du poumon dans l'inspiration, avait suffi pour contenir un liquide qu'elle a été forcée d'expulser, au moment du retrait amené par l'expiration.

Je dis maintenant plus. Je dis qu'une opération qui, comme la thoracentèse, soustrait entièrement la plèvre à l'entrée de l'air, peut engendrer par cela même les accidents

connus sous le nom *d'expectoration albumineuse*, *d'œdème du poumon*, *de congestion pulmonaire rapide* énumérés et décrits au commencement de cette leçon, et je vais essayer de vous le prouver.

Si vous avez bien suivi les quelques considérations anatomiques que je vous ai plutôt indiquées que développées, je suppose que vous êtes disposés comme moi à considérer la cavité pleurale (toujours remplie par le poumon à l'état sain, soit dans son expansion, soit dans sa rétraction) comme une cavité virtuelle plutôt que comme une cavité réelle; mais quand la plèvre contient le poumon refoulé sur lui-même et un liquide, il se prépare une place pour une cavité réelle, qui existe dès qu'on a retiré le liquide, sans laisser entrer l'air, d'autant plus que le poumon maintenu dans un espace restreint par les fausses membranes, qui ne manquent jamais dans la pleurésie, ne peut venir occuper cette place. Qu'arrive-t-il alors, surtout quand l'appel naturel du vide pleural se produit sur un organe très vascularisé, susceptible de se congestionner, et sur des membranes pouvant laisser transsuder un liquide, surtout quand un récipient vide ou une succion active augmentent l'énergie de cette action? Le sang se précipite dans le poumon. Il y a une congestion énorme. Cette congestion peut produire un nouvel épanchement dans la plèvre, ce qui arrive le plus souvent, dans les vingt-quatre heures, et sans inconvénient. Elle peut, si elle rencontre un obstacle à l'exsudation, et cet obstacle est tout trouvé, ce sont les fausses membranes qui forment, sur la plèvre viscérale, une couche adventive imperméable, se produire interstitiellement (œdème pulmonaire aigu). Lorsque le principal apport de la congestion est fourni par la circulation bronchique, la transsudation peut se faire à travers les bronches (expectoration albumineuse). Chacun de ces accidents peut tuer quand l'apport est trop rapidement

considérable, surtout lorsque le second poumon, ce qui n'arrive que trop souvent dans la pleurésie, n'est pas capable de suppléer le premier.

Qui ne voit que l'entrée de l'air supprime la possibilité de tous ces accidents, en maintenant l'équilibre entre les pressions atmosphériques intra-pulmonaire et extra-pulmonaire? Je donne donc sans hésiter la prééminence à l'empyème sur la ponction de la poitrine, d'abord au point de vue de l'innocuité. Au point de vue de l'utilité, cette prééminence lui est très faiblement contestée dans le traitement de la pleurésie purulente, parce que les lavages, les injections médicamenteuses ont par cette méthode une efficacité que n'ont pas les mêmes moyens employés, avec le siphon de Potain, et qui se manifeste surtout quand on les combine avec le gavage et l'usage des vins généreux, fût-il poussé à l'excès. L'appétit des malades, presque toujours réveillé après l'évacuation du pus, s'empare avidement de cette pâture et collabore à ces merveilleuses résurrections dont la plupart des praticiens ont eu l'occasion de voir quelques-unes.

Pour ce qui est de la pleurésie séreuse, séro-fibrineuse, je suis de ceux qui, comme M. Roger, croient que les traumatismes répétés contribuent à la rendre purulente; je crois que les cas légers peuvent et doivent être traités par des moyens exclusivement médicaux; je crois enfin que les épanchements considérables, menaçant le malade d'asphyxie et de syncope, accidents dont je ne connais d'ailleurs pas d'exemples dans ces conditions, tandis qu'il s'en est produit d'éclatants que je vous ai cités à la suite de la ponction capillaire et aspiratrice de la poitrine, ces épanchements, dis-je, pourraient être évacués par portions, au moyen de l'empyème. Je crois qu'on préviendrait ainsi leur reproduction prompte et totale, leur transformation en foyers purulents : je crois enfin que l'entrée de l'air dans la plèvre, air

soumis aux conditions d'une antisepsie rigoureuse, pourrait devenir un topique utile, mais qu'elle serait surtout un préservatif contre les accidents asphyxiques qu'on a voulu éviter en l'excluant soigneusement de la cavité pleurale. Je crois donc que, dès maintenant (et cette pratique prévaudra chaque jour de plus en plus), l'abstention, par rapport à la thoracentèse dans les cas légers ou moyens, succédera à l'engouement qu'a excité cette méthode et que, dans les cas où une intervention sera bien indiquée, c'est à l'empyème franchement chirurgical que l'on aura immédiatement recours. Ce serait donc le vieil empyème, l'empyème d'Hippocrate, qui, comme je vous le faisais pressentir au début de cette leçon, serait la fin et le commencement, l'alpha et l'oméga de l'intervention chirurgicale dans la plèvre.

Voulez-vous me permettre de vous dire que je vois une preuve de ce mouvement d'opinion en faveur du traitement chirurgical de la pleurésie dans l'accueil favorable reçu, même en dehors de la Société de chirurgie, par l'opération d'Estlander, très savamment conduite du reste, mais qui est une vraie hardiesse chirurgicale, si on la compare à l'empyème dont elle procède. Son indication est uniforme; il s'agit toujours d'un malade sur lequel l'opération de l'empyème a été pratiquée, pour une pleurésie purulente. Après une amélioration passagère, la suppuration est demeurée abondante et l'état du malade est redevenu mauvais; la plaie est restée fistuleuse; elle donne difficilement accès dans un foyer, limité, ou comprenant les portions moyenne et déclive de la loge pleurale, foyer dont les parois, revêtues de produits de nouvelle formation, n'ont aucune tendance à adhérer. Pour amener cette adhérence, qui est le seul moyen d'obtenir la terminaison de la suppuration, car on ne peut espérer qu'une surface, dans l'état où l'on trouve la séreuse dont la paroi interne est revêtue, cesse jamais de

fournir du pus; Estlander, et ceux qui ont répété cette opération après lui, ne craignent pas de tenter un véritable *désossement* partiel de la paroi thoracique; ils ouvrent sur cette paroi et sur le côté une large fenêtre (j'entends par rapport au squelette, car le périoste et les parties molles sont en général respectés). Dans certains cas même, on a complété cette résection par une section verticale de la côte, au niveau du grand angle, pour que rien ne vienne s'opposer à la coaptation des deux parois de la loge pleurale dont les surfaces internes, quelquefois modifiées par des grattages, doivent arriver à adhérer. Tel est le résultat poursuivi, au prix de la résection de morceaux de côte ayant jusqu'à 12 centimètres de long, résection qui peut porter sur un grand nombre de côtes. M. Berger, dans son remarquable rapport à la Société de chirurgie sur l'opération d'Estlander (1), mentionne à la suite de cette opération :

1 guérison complète (Bouilly);

3 améliorations notables (Bœckel, Bouilly, Berger);

1 insuccès (Berger);

9 succès complets (3, Estlander; 1, Schneider; 5, Langenbeck, Korting, G. Bœckel, Gerster, Max Schœdel);

2 améliorations (Estlander, Homen);

6 insuccès manifestes (2, Estlander; 1, Homen; 3, Korting, Weiss, Weinlechner); 4 ont été suivis de mort;

4 résultats en voie d'évolution: 2 de Schœde, 1 de Wiesinger, 1 de Monod.

Sur 26 résultats, la mort a été relevée quatre fois, toujours due à la tuberculose pulmonaire.

Je n'ai, pour ma part, pas encore été conduit par des indi-

(1) Séance du 26 décembre 1883.

cations péremptoires à tenter cette opération; il est peu probable même que ces indications se présentent de si tôt, car la paroi thoracique des enfants est si souple qu'elle ne me semble pas devoir opposer au travail d'adhésion, duquel dépend, cela est vrai, dans certains cas rebelles, heureusement assez rares, la guérison définitive de la pleurésie purulente, une résistance assez sérieuse pour justifier une intervention chirurgicale de cette importance. Il faut dire en effet que, chez les enfants, dans l'immense majorité des cas, après l'évacuation du pus et les lavages consécutifs à cette opération, les foyers pleurétiques purulents se nettoient complètement et que la fermeture de la fistule, créée artificiellement par l'opération, s'opère spontanément, sans que le résultat soit acheté aussi chèrement que dans l'opération d'Estlander.

REVUES DIVERSES

De l'ataxie héréditaire, d'après une leçon de M. le professeur Charcot, par M. le Dr Paul Lucas-Championnière, dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* de mars 1884.

Il a été souvent question, depuis quelque temps, d'une affection nerveuse de forme particulière, décrite par Friedreich, sous le nom d'ataxie héréditaire et qui paraît en quelque sorte intermédiaire entre la sclérose en plaques et l'ataxie locomotrice progressive. M. le professeur Charcot a montré, à propos d'une malade qu'il a présentée, quelles sont les analogies et les différences de ces trois états morbides. Nous résumerons ici brièvement ces caractères différentiels.

L'ataxie héréditaire ou maladie de Friedreich a pour premier caractère de se développer dans l'enfance ou dans l'adolescence, ce qui à ce point de vue établit une différence avec l'ataxie vraie qui ne se montre que dans la seconde période de la vie. Comme les deux autres maladies en question, les sujets atteints proviennent presque toujours d'une souche atteinte par des maladies nerveuses comme l'hystérie,

l'épilepsie, la paralysie générale, etc., mais de plus, et c'est là ce qui lui a fait donner son nom, dénomination d'ailleurs assez fâcheuse à certains égards, dans presque tous les faits connus, plusieurs enfants du même lit ont été atteints de cette même maladie. C'est ainsi que ces faits, au nombre d'une vingtaine seulement, n'appartiennent qu'à un très petit nombre de familles. Neuf cas observés par Friedreich sont groupés dans trois familles seulement. Un médecin anglais a vu cinq enfants, sur neuf du même lit, être atteints d'ataxie héréditaire. C'est là une singularité remarquable, mais qui se retrouve dans d'autres affections nerveuses comme la maladie de Thomsen (spasme musculaire au début des mouvements), la paralysie pseudo-hypertrophique et l'atrophie musculaire progressive.

Par son évolution qui est fatale et régulièrement progressive, la maladie de Friedreich se rapproche plus de l'ataxie vraie que de la sclérose en plaques. Au point de vue de la comparaison des symptômes, il y a une distinction très remarquable à établir entre les phénomènes spinaux et les phénomènes bulbaires.

Les troubles de la sensibilité, les douleurs fulgurantes, les anesthésies ou les hyperesthésies en plaques habituels dans l'ataxie vraie manquent dans l'ataxie héréditaire. Au contraire l'incoordination motrice, son exagération par l'occlusion des yeux, l'absence des réflexes s'y rencontrent au même degré. Au point de vue des symptômes spinaux, sauf pour les troubles de la sensibilité, l'ataxie héréditaire se rapproche donc de l'ataxie vraie et s'éloigne de la sclérose en plaques.

Il n'en est plus de même pour les phénomènes céphaliques ou bulbaires. Le nystagmus, la paralysie des mouvements oculaires associés, l'embarras de la parole qui caractérisent la sclérose en plaques se retrouvent dans la maladie de Friedreich, tandis que le myosis paralytique et la cécité de l'ataxie vraie ne s'y rencontrent pas. Il en est de même des troubles de la vessie, si fréquents dans l'ataxie, des crises gastriques ou laryngées, et des troubles trophiques qui ne font pas partie de la symptomatologie de l'ataxie héréditaire.

On peut donc, au point de vue clinique, résumer les rapports de ces maladies en disant que l'ataxie héréditaire constitue une affection intermédiaire entre la sclérose en plaques et l'ataxie vraie et qu'elle se rapproche de la première par ses symptômes spinaux, tout en présentant des différences qui ne peuvent permettre de la confondre avec cette dernière.

Au point de vue anatomique, l'étude des faits a cependant démontré qu'elle était constituée par une lésion caractéristique, lésion occupant les cordons postérieurs ainsi que les faisceaux latéraux, et que, par conséquent, on ne peut la considérer simplement comme un état morbide dérivé de ces deux affections.

La symptomatologie de cette affection est intéressante à étudier, car elle permettra probablement de classer d'une façon précise des faits qui ne répondent d'une façon exacte ni à la description de l'ataxie, ni à celle de la sclérose en plaques.

Ascite d'origine cardiaque chez un enfant, d'après une leçon de M. le Dr Rendu, agrégé, chargé du cours de clinique médicale de la Faculté à l'hôpital des Enfants-Malades.

Il s'agit d'un enfant de 13 ans, chez lequel l'ascite, très abondante, se reconnaît au premier coup d'œil, et paraît dater de quatorze mois environ ; la paracentèse a d'ailleurs déjà été faite trois fois. Dans un cas semblable, et il s'agit ici seulement de faits d'interprétation difficile, si on élimine à cause de sa rareté extrême l'ascite essentielle, dont l'existence même n'est pas démontrée, on est toujours amené à rechercher trois ordres de causes possibles : affection du foie ou du péritoine, affection cardiaque, ou enfin état dyscrasique, comme l'albuminurie.

Le foie, en général, fonctionne bien chez l'enfant ; on voit cependant, chez lui, des cas de cirrhose, quelquefois d'origine impaludique ou même alcoolique. On en a signalé chez des enfants de 5 à 6 ans, en Angleterre surtout, où on donne souvent l'alcool en grande abondance à cet âge. On voit alors, comme chez l'adulte, des digestions difficiles, des urines caractéristiques et les autres symptômes habituels qui ici n'existent pas. Il faut remarquer cependant que, dans ce cas particulier, comme dans la cirrhose, l'épanchement est très abondant, car on a extrait une fois 13 et une seconde fois 14 litres de liquide de l'abdomen ; toutefois, la différence essentielle réside encore dans ce fait qu'ici le foie est gros et la rate normale, tandis que le foie serait petit et la rate grosse s'il s'agissait d'une cirrhose.

L'hypothèse la plus importante à discuter est ici la péritonite tuberculeuse, d'autant plus qu'il existe chez ce malade quelques phénomènes pulmonaires ; il présente à la base du poumon des frottements pleuraux ; or, en général, ces frottements, associés à l'ascite,

sont en rapport avec la péritonite tuberculeuse. Mais voici ce qu'on peut objecter à cette supposition : dans la péritonite, l'ascite peut être considérable, mais elle ne persiste pas aussi longtemps dans les mêmes conditions ; il se forme des adhérences, et par suite des masses agglomérées, accessibles à la palpation ; puis la maladie évolue souvent avec une grande lenteur, mais ne dépasse guère trois années. Ici, l'ascite, durant depuis treize à quatorze mois, reste toujours mobile dans la cavité, sans qu'il se forme d'adhérences, et bien qu'il y àit des frottements pleurétiques, il ne s'est développé aucun accident pulmonaire, ce qui serait certainement arrivé dans un laps de temps aussi long, s'il se fût agi de tuberculose. On peut ajouter que l'absence de sueurs, d'amaigrissement, de troubles digestifs ne serait guère en rapport avec une tuberculose, dont le début serait aussi éloigné.

L'albuminurie ne pouvant être mise en cause à raison de l'absence d'albumine dans l'urine, il ne reste à examiner que le cœur, examen intéressant, car il montre l'existence de lésions qui pourraient passer facilement inaperçues, ainsi que leur influence sur la production de l'ascite.

M. Rendu fait remarquer tout d'abord que chez ce malade les veines jugulaires sont turgescentes, ce qui témoigne d'un fonctionnement incomplet du cœur; cet enfant a d'ailleurs présenté d'autres troubles fonctionnels, tels qu'il ne peut courir ni faire quelque exercice actif sans être sujet à des palpitations. On peut dire que son cœur est réglé pour le repos, mais insuffisant pour un travail plus complet ; c'est, du reste, le cas pour un grand nombre de cardiaques. L'examen physique permet enfin de reconnaître certaines particularités importantes : le cœur est manifestement augmenté de volume, comme l'indique la percussion, mais on ne le sent pas battre à la main, et l'auscultation montre que le maximum qui correspond à la pointe, bien qu'abaissé jusqu'au-dessous du cinquième espace intercostal, au lieu d'être porté en dehors, comme dans tous les cas d'hypertrophie, est porté en dedans. Ces signes indiquent certainement une dilatation du cœur droit qui ne s'explique ni par le retentissement d'une affection gastro-intestinale, comme dans les faits si bien étudiés par M. Potain, ni par une affection pulmonaire, ni par une lésion valvulaire, car il n'existait pas ici de bruits morbides. Aussi M. Rendu a-t-il été amené à penser que cette dilatation est due à une adhérence générale du péricarde. Outre les signes locaux,

les antécédents sont en effet de nature à faire admettre cette hypothèse. Le malade, auparavant très bien portant, a été atteint, il y a deux ans, d'un rhumatisme léger, mais compliqué d'une pleurésie et d'une péricardite; on peut, dès lors, expliquer les troubles cardiaques par l'adhérence totale du péricarde qui entrave son fonctionnement et maintient pour ainsi dire béantes ses cavités.

Les signes de la symphyse cardiaque sont assez variables et n'offrent que peu de certitude : ici, M. Rendu attache surtout de l'importance à l'absence du choc précordial et de celui de la pointe, coïncidant avec matité considérable, et surtout à la déviation de la pointe en dedans. Il s'agit donc là d'une affection cardiaque assez rare, mais qui, en l'absence de lésions valvulaires, permet d'interpréter les troubles produits du côté du cœur. Mais tout n'est pas expliqué ainsi. Pour se rendre compte de l'ascite et de son évolution toute spéciale, il faut faire intervenir ici l'état du foie.

Chez cet enfant, il existe une stase sanguine dans le foie; la circulation est troublée dans la sphère de la veine cave inférieure; il en résulte une congestion habituelle de l'organe qui arrive à cet état complexe, dans lequel la stase peut déterminer de la cirrhose. Le foie est gros, douloureux de temps en temps, et on peut même se demander s'il n'y a pas eu, à un moment donné, d'insuffisance tricuspidienne, quoiqu'il n'y en ait pas actuellement. Mais le point important est l'altération particulière du foie qui, cependant, ne suffit pas par elle-même pour amener l'ascite. M. Rendu insiste en effet beaucoup sur ce fait que, bien souvent, on voit un foie considérable et très congestionné, sans qu'il y ait d'épanchement dans le péritoine. Dans la véritable cirrhose même, on voit certains sujets dont le foie est malade depuis des années, et qui cependant n'ont d'ascite que dans les deux derniers mois de leur existence. L'ascite n'est donc pas un phénomène nécessaire dans ces lésions du foie, et on ne peut admettre qu'elle soit toujours sous la dépendance de l'imperméabilité progressive de cet organe, ainsi que le voulait Frerichs; mais il faut tenir grand compte, en ce cas, de l'état du péritoine. Il n'y a pas de cirrhose sans un certain degré de péritonite, et c'est celle-ci qui compte pour beaucoup dans la production de l'ascite. Il peut en être de même de la congestion chronique du foie, et on voit alors l'épanchement se produire comme dans ce cas.

On peut donc ici rétablir la succession des accidents ainsi qu'il suit : rhumatisme compliqué de pleurésie et de péricardite, symphyse

cardiaque, troubles circulatoires avec retentissement principal sur le foie, foie cardiaque, périhépatite et péritonite qui, après avoir présenté une phase aiguë, est arrivée à une phase chronique et constitue pour le malade une véritable habitude d'exsudation. C'est ce qui fait qu'il n'y a pas grand avantage à le ponctionner, car le liquide se reproduit alors presque aussitôt.

Dans le cas de cet enfant, la lésion doit être considérée comme grave, bien que l'état actuel puisse se maintenir longtemps, les reins et le cœur fonctionnant assez bien. Il n'est pas impossible, d'ailleurs, que l'état des organes abdominaux s'améliore. Toutefois, la ponction n'est pas indiquée, à cause de la reproduction trop facile du liquide, d'une part, et, d'autre part, en raison du danger de provoquer, par une déplétion rapide, la congestion excessive des divers organes, et en particulier des reins habitués depuis longtemps à la compression qu'ils subissent. C'est là, bien certainement, une des raisons qui font que certains cirrhotiques meurent rapidement après qu'on a fait chez eux l'évacuation d'une grande quantité de liquide.

On devra donc se contenter de donner ici un peu de digitale pour maintenir la contraction cardiaque et provoquer la diurèse, et, à ce dernier point de vue, administrer un peu d'acétate de potasse; adjoindre au régime du lait et du café, et pratiquer sur l'abdomen un peu de révulsion, et faire des badigeonnages de teinture d'iode et des applications de collodion. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*)

Pleurotomie antiseptique précoce et sans lavage, par le Dr Caussidou, dans *Alger médical* du 1er février 1884.

Le nommé Franjou (Alexandre), âgé de 4 ans, entre à l'hôpital Mustapha d'Alger, le 10 septembre 1883. Je le vois à la visite du 12; la sœur ne peut me renseigner sur l'époque du début de la maladie. L'enfant a de la fièvre, 39°,2; il tousse depuis quelque temps; sa toux est sèche et quinteuse, aspect lymphatique prononcé. A l'examen de la poitrine, je trouve à droite une matité complète, en arrière, du haut en bas; en avant, résonnance sous la clavicule, matité dans tout le reste de la partie antérieure. Absence de murmure vésiculaire, pas de souffle, sauf dans un point très limité, un peu au-dessous et audedans de l'angle de l'omoplate. Constipation. Je diagnostique une

pleurésie avec épanchement et je prescris une cuillerée à café d'huile de ricin et un vésicatoire.

A partir de ce moment, la température descend et oscille entre 37°,2 et 36°,2. Le 19, au soir, ascension à 39°. Le 20, ponction avec l'aspirateur de Potain; il sort 100 grammes de pus. Séance tenante je fais prier mon collègue, le Dr Vincent, de vouloir bien faire la pleurotomie. M. Vincent ne put venir que le 22 et l'opération que je demandais fut très habilement faite par mon collègue, qui dut extraire des lambeaux de fausses membranes qui s'opposaient à l'écoulement du pus; il sortit de la plèvre 4 à 500 grammes de pus environ. L'opération, qui fut faite sous le nuage phéniqué, fut immédiatement suivie de l'introduction d'un gros tube à drainage et du pansement antiseptique. Le lendemain, la température monte à 38°,5; aussi le 22 nous faisons le premier pansement, et à partir de ce moment la température du matin est de 37°,5, celle du soir 36°,8, 36°,5, 37° (type inverse) :

25 septembre. Pansement.

28 — Pansement. Tube retiré et raccourci.

2 octobre. Pansement. Tube raccourci. On ne constate pas de pus dans la plèvre.

9 octobre. 38°,8. Le lendemain, pansement. Un peu de pus dans les pièces de pansement; mais rien dans la plèvre. La respiration s'entend bien. Râles et frottements, raccourcissement du tube. A partir de ce moment la température n'a pas dépassé 37°,5 et n'est même arrivée que trois fois à ce niveau.

18 octobre. Pansement.

24 — Pansement.

30 — Pansement. A la mensuration, on trouve 27 centimètres de chaque côté.

14 novembre. Pansement. Érythème au pourtour de la plaie.

19 — Pansement.

22 — On retire le tube.

23 — La plaie est fermée.

Durée totale du traitement, du 22 septembre au 23 novembre, soit soixante jours.

L'observation qu'on vient de lire m'a paru intéressante en ce qu'elle fait ressortir : 1° l'innocuité d'une opération qui, avant l'application de la méthode antiseptique, passait à bon droit pour une opération grave, à la suite de laquelle il était ordinaire de voir les malades,

quand ils guérissaient, subir un traitement d'une longueur interminable, après lequel il leur restait des déformations plus ou moins prononcées de la cage thoracique. Cette innocuité ressort de l'examen des faits connus jusqu'ici ; on n'a signalé, en effet, aucun décès ; 2° la rapidité de la guérison ; car, bien que, dans mon observation, le tube n'ait été retiré que fort tardivement, j'ai la conviction qu'il aurait pu être retiré beaucoup plus tôt. S'il ne l'a pas été, c'est par des raisons de prudence peut-être exagérées, et ce retard peut être imputé à mon inexpérience et à ma timidité, plutôt qu'à la méthode elle-même ; 3° comme corollaire de la rapidité du tarissement de la suppuration, on constate que la capacité de la cage thoracique n'a subi aucune diminution. Ce point me paraît d'une importance extrême. C'est là le résultat de l'intervention précoce. Sans antisepsie, la pleurotomie est toujours, même chez l'enfant, une ressource extrême et aléatoire, à laquelle le médecin ne se résigne qu'après avoir vainement épuisé la liste des moyens thérapeutiques ordinaires. Avec l'antisepsie, le médecin, plus hardi, sait qu'il n'expose son malade à aucun risque du fait de l'opération, c'est au moins ce qui ressort de l'examen des faits connus, et alors il n'attend pas que le poumon de son malade soit coiffé de fausses membranes inextensibles et qu'il soit supprimé pour les besoins de l'hématose ; 4° l'absence de lavages est une condition très importante. Certains malades les supportent fort mal. Ils auraient même provoqué chez quelques-uns des crises épileptoïdes. Enfin, M. Lucas-Championnière a signalé, à la suite de lavages phéniqués, des faits d'intoxication chronique fort curieux. Une seule circonstance légitime leur emploi : c'est lorsque l'épanchement présente de la fétidité, et alors M. Lucas-Championnière recommande la solution d'acide borique à 2 pour 100.

En ce qui concerne le manuel opératoire, je ne puis mieux faire que de renvoyer le lecteur au mémoire de Hache, analysé par Comby dans le *Progrès médical* du 8 septembre 1883, n° 36.

Scorbut chez un enfant, par le Dr Edmond Owen, dans *the Lancet*, 1er feb. 1884.

Fanny T..., âgée de 1 an et 9 mois, fut admise au mois de mars dernier à la salle des enfants de St. Mary's Hospital. Elle était dans un état déplorable et très anémiée. Quelques semaines auparavant, elle avait été atteinte d'un œdème subit de la jambe droite, et au

moment de son admission ce membre était moitié plus gros que celui du côté opposé. Cette jambe, étendue et sans mouvement, était gonflée, tendue, luisante, la température locale ne paraissant cependant pas sensiblement augmentée ; il n'y avait pas de rougeur. Les gencives étaient gonflées, tuméfiées ; on y observait de petites hémorrhagies dues à des ruptures de capillaires, et le moindre contact les faisait saigner; le ventre était gros et sonore, la rate était plus volumineuse qu'à l'état normal. L'extrémité inférieure des radius était élargie ; on observait le chapelet costal, mais le thorax n'était pas déformé. Neuf mois après la naissance de l'enfant, sa mère était morte de phthisie, et, depuis, la petite malade avait été soumise à un régime alimentaire déplorable : lait condensé, etc. Aucune raison ne faisait soupçonner la syphilis. La malade fut placée dans un lit près du feu, et soumise au traitement suivant : frictions à l'huile de foie de morue, sulfate de quinine, lait de vache, légumes frais, jus de viande... Le membre gonflé fut doucement comprimé avec une bande roulée. Une ponction, faite dans la partie la plus épaisse de la cuisse, ne laissa écouler que quelques gouttes de sang; quant au fémur, il était dénudé dans tous les points où l'on pouvait faire pénétrer l'instrument.

Durant les six semaines que l'on garda l'enfant à l'hôpital, la température ne s'éleva pas et lorsqu'on la renvoya chez elle, sa santé était meilleure qu'elle n'avait jamais été.

L'auteur signale ensuite les faits analogues rapportés par le le Dr Cheadle et par M. Godbe, et il montre de quelle importance sont pour les enfauts les aliments frais, et en particulier le lait frais. (*Journal de médecine de Paris.*)

Leucocythémie chez un enfant de 5 ans et demi, par M. le Dr Wadham, *in the Lancet*, 26th janu., 1884.

Un enfant, âgé de 5 ans et demi, entre à Saint-Georges' Hospital, le 1er mars 1883. Six semaines avant son entrée, il présentait les symptômes suivants : douleurs abdominales, constipation, toux, insomnie. Amélioration de ces douleurs et disparition de la constipation par un traitement approprié. Deux jours avant son entrée, nouvelles douleurs abdominales.

Enfant pâle, irritable, peau sèche, tuméfaction des amygdales. Engorgement des ganglions cervicaux. Langue sale ; gencives tumé-

fiées, pâles, saignantes ; haleine fétide, toux légère. Rien d'anormal du côté du cœur et des poumons ; abdomen un peu ballonné et résistant. Pas d'augmentation de volume des viscères abdominaux. Température, 39°. Pouls fréquent, faible. Perte d'appétit, vomissement de matière bilieuse toutes les nuits et constipation. Urine trouble, non albumineuse.

Ces symptômes s'accentuèrent. La respiration devint fréquente et difficile. La température oscillait entre 38° et 39°. En même temps existait une grande prostration.

L'examen du sang permit de constater trois globules blancs pour un globule rouge.

La mort arriva le 12 novembre, malgré le traitement (purgatif, fer, vin et viande crue).

A l'autopsie on trouva, sur la surface des organes internes, des pétéchies. Poumons pâles, mais normaux. Caillots décolorés dans les cavités du cœur, dont la substance musculaire était blanc opaque et très friable. Ganglions mésentériques hypertrophiés. Foie pâle, non friable ; à la coupe, de petits points de substance blanc jaunâtre, et quelques petits infarctus. Rate hypertrophiée avec des infarctus jaunâtres. Reins très pâles, mais sains. Cerveau normal. Sur la rétine de l'œil examiné, de nombreuses petites ecchymoses.

Il s'agissait chez ce malade de *leucocythémie et d'adénie*. Le diagnostic avant l'examen du sang était assez difficile ; car il n'y avait d'hypertrophie ganglionaire qu'au cou, et la distension et la résistance des parois abdominales ne permettaient pas d'apprécier l'hypertrophie de la rate et des ganglions mésentériques. La leucocythémie et l'adénie sont rares chez les enfants. L'auteur fait remarquer que, chez son malade, dont l'affection a évolué en huit semaines, la prédominance des globules blancs sur les globules rouges était très grande. (*Journal de médecine de Paris.*)

Le gérant : H. LAUWEREYNS.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY, successeur, 52, rue Madame et rue Monsieur-le-Prince, 14.

REVUE MENSUELLE

DES

MALADIES DE L'ENFANCE

Mai 1884

TRAVAUX ORIGINAUX

DE LA GUÉRISON DE LA MÉNINGITE

(Suite et fin) (1).

Par le Dr Cadet de Gassicourt.

Voyons maintenant ce que nous apprennent les faits, et jusqu'à quel point il nous est permis de jeter quelque lumière sur la question si controversée et si obscure de la guérison de la méningite. Le plan que je vais suivre dans l'exposé et dans la discussion de ces faits est le suivant : je vous prouverai d'abord l'existence de certaines formes nosologiques par des observations dans lesquelles l'autopsie en a démontré la réalité ; puis je discuterai la possibilité de la guérison dans des cas semblables ; enfin j'aborderai l'étude de certaines affections cérébrales encore mal connues et mal définies qui, elles aussi, apportent leur contingent au stock des méningites guéries.

(1) Voyez la *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, avril 1884.

Et puisque c'est particulièrement à propos de la méningite tuberculeuse que la question a été posée, commençons par des observations de tuberculose.

Méningites développées autour de tumeurs tuberculeuses. — Henri Aubus, âgé de 4 ans, entrait dans notre service le 27 avril 1874. Le père était bien portant, mais la mère avait succombé la semaine précédente à une affection chronique de poitrine ; deux autres enfants étaient morts en bas âge. Quant à lui, sa santé était délicate ; il était soigné depuis assez longtemps au pansement externe pour des ulcérations scrofuleuses des mains et des jambes ; il toussait souvent et s'enrhumait avec facilité.

Depuis quatre jours il se plaignait amèrement de la tête ; il avait eu des vomissements fréquents, les selles étaient rares. Le début de la méningite remontait donc à quatre jours.

Le lendemain matin, nous constations un état de somnolence presque constant, interrompu de temps à autre par des cris perçants. Pas de vomissements depuis l'entrée, langue blanche, pâteuse, visage calme ; strabisme à peine marqué. Ventre souple, un peu rétracté ; constipation persistante. Pouls régulier, 92. Température basse, 36° le matin, 36°8 le soir.

Le jour suivant, 29 avril, les symptômes de la méningite s'accentuaient encore ; la somnolence était accrue ; l'enfant restait couché dans le décubitus latéral, les pupilles étaient dilatées, le strabisme interne très marqué ; la face, pâle, se couvrait de rougeurs subites, la tête était renversée en arrière, et le plus léger effort pour la ramener en avant provoquait des cris de souffrance. Le ventre était rétracté ; une évacuation avait été obtenue par un lavement au bromure de potassium : Pouls 76, irrégulier, respiration régulière à 40 ; température toujours basse, 36°8. L'iodure de potassium fut prescrit à la dose de 1 gramme.

Le 30, au matin (nous étions au commencement du 8e jour de la maladie), à notre extrême surprise, nous constations un très grand changement dans l'état de l'enfant : il était calme,

la physionomie ouverte, le regard franc, la langue bonne, le ventre souple, à peine déprimé, l'appétit éveillé, le pouls régulier à 104. Seul, le rhythme respiratoire, irrégulier, prouvait que la santé n'était pas complète. La journée se passait dans le calme, mais les cris revenaient dans la nuit, et le 1er mai, il y avait un strabisme convergent de l'œil gauche, quelques bouffées de rougeur à la face; l'enfant restait silencieux dans la journée, il poussait quelques cris la nuit; le pouls était irrégulier.

Mais, les jours suivants, l'amélioration s'accentuait, et tout semblait rentrer dans l'ordre; l'enfant était seulement maussade. Cet état se prolongea jusqu'au 5 mai (13e jour), où l'enfant recommença à se plaindre de la tête. Le pouls présentait des irrégularités assez nombreuses, qui se retrouvaient dans le rhythme respiratoire. La tache méningitique se produisait, quoique avec lenteur. Les selles étaient diarrhéiques.

Du 6 au 10 mai, c'est-à-dire du 14e au 18e jour, ces symptômes persistèrent avec moins d'acuité. Puis, le 10 mai, ils devinrent plus aigus et plus persistants; l'enfant était plus somnolent dans l'intervalle des cris, les selles étaient toujours liquides. Cependant, l'enfant avait de l'appétit, on ne constatait aucun autre symptôme.

Le 23e jour (15 mai), nouvelles plaintes, nouveaux gémissements, nouvelles irrégularités du pouls, quelques accès de strabisme. Mais, dès le lendemain, l'enfant était très gai. La première période était terminée. Elle avait duré 23 jours, seulement, comme vous l'avez pu remarquer, elle n'avait pas été continue; elle avait été interrompue par trois périodes de rémission : une du 8e au 13e jour; une, moins complète, du 14e au 18e jour; une, presque complète, du 19e au 23e jour; et, à chaque poussée méningitique nouvelle, les symptômes avaient été moins violents.

A partir du 24e jour, la scène changea complètement. L'enfant marchait avec une certaine difficulté, il avait un peu de parésie des membres inférieurs, mais l'appétit était bon, le sommeil tranquille, là gaieté assez grande. Tout semblait indi-

quer une guérison complète. Il n'en était rien cependant, car, après deux mois et demi de calme, le 29 juillet, Aubus était pris brusquement, à 11 heures du matin, d'attaques éclamptiques qui se succédèrent pendant dix minutes et furent accompagnées de vomissements. Les jours suivants, l'enfant était abattu, somnolent, sans appétit; il refusait de se lever, se plaignait de douleurs de tête, et le 1er août, une nouvelle attaque d'eclampsie éclatait le matin; elle était moins longue que la première, tout en présentant les mêmes symptômes.

Puis, tout se calmait de nouveau, et l'enfant, sans reprendre tout à fait son entrain, revenait à la vie et à la santé, lorsque, trois mois plus tard, le 27 octobre, se montrait une troisième attaque d'éclampsie généralisée, qui s'accompagnait d'une fièvre intense. Dès le lendemain, le calme était revenu.

Je ne sais trop ce qui serait advenu de ce malade; il est fort probable que de nouveaux accidents méningitiques ou autres auraient fini par l'emporter, mais sa vie fut abrégée par une diphthérie toxique, qui, née le 3 novembre, se terminait le 6 par la mort.

L'autopsie présentait un très grand intérêt. Il s'agissait de savoir si elle allait nous expliquer la marche de la maladie. Or, voici ce que nous avons trouvé : Quatre granulations tuberculeuses dans la scissure de Sylvius droite. Adhérences des méninges au niveau de l'hémisphère gauche du cervelet. Ramollissement complet des deux lobes cérébelleux.

Dans le lobe gauche du cervelet, on voyait une *tumeur du volume d'un œuf*, dont toute une moitié était recouverte par une couche mince de tissu cérébral ramolli. Cette tumeur inégale, bosselée, dure, était située à la partie inférieure du cervelet. A la coupe, elle était formée de deux parties distinctes: une supérieure, plus petite, du volume d'une noisette, une inférieure, plus grande, de couleur blanc jaunâtre. Dans l'intérieur existait une excavation de la grosseur d'une noisette, pleine d'un liquide floconneux et purulent qui s'écoulait avec facilité.

Autour de cette tumeur, manifestement tuberculeuse, *les méninges* qui recouvraient la mince lame de tissu cérébral existant encore étaient *très épaissies* et présentaient tous les caractères d'une *inflammation ancienne*, et quelques traces d'une inflammation plus récente. En d'autres points voisins, les méninges étaient rouges et injectées, hypérémiées.

Tous les autres organes paraissaient sains, sauf le foie dont le lobe droit contenait un tubercule de la grosseur d'un pois.

Je ne veux pas développer, en ce moment, les remarques auxquelles cette observation peut donner lieu. Je désire seulement attirer votre attention sur quatre points : D'abord, sur le début, qui n'a pas été caractérisé par des convulsions, quoiqu'il s'agît d'une tumeur cérébrale ; puis, sur les symptômes, qui ont été, pendant les premiers jours, exactement ceux d'une méningite tuberculeuse ordinaire ; ensuite, sur l'évolution, qui a procédé par à-coups successifs et non d'une seule tenue ; enfin, sur l'anatomie pathologique, qui nous a montré non une tuberculose miliaire, mais un gros tubercule ; celui-ci a fait office d'épine, et autour de lui une méningite s'est développée comme elle aurait pu le faire autour de tout autre néoplasme.

Voici maintenant une observation presque identique empruntée au mémoire de Rilliet, que je vous ai déjà citée. Je la résume :

Un petit garçon de 5 ans 1/2, né de parents bien portants, mais élevé au milieu de mauvaises conditions hygiéniques, est pris brusquement, sans maladie antérieure, de céphalalgie, de douleurs abdominales et de vomissements.

Le lendemain, 28 février 1844, le Dr Bizot constate de la céphalalgie, et un peu de raideur à la partie postérieure du cou ; le pouls est à 60, régulier ; pas de garde-robes. Le jour suivant, la raideur du cou augmente et gagne le tronc ; il y a de l'agitation la nuit, des soupirs le jour, et quelquefois des grincements de dents.

Trois jours plus tard (5e jour de la maladie), Rilliet, appelé en consultation, constate l'état suivant : abattement, pâleur

du visage, céphalalgie, peu de sommeil, intelligence nette. Décubitus dorsal, raideur de la nuque et du tronc. Pouls variable, de 104 à 88.

Le 6e et le 7e jour, les symptômes spinaux augmentent, c'est un véritable opisthotonos ; la cuisse gauche est fléchie sur le bassin, et en contracture. L'abdomen est rétracté et dur ; deux selles verdâtres à la suite du calomel. Un peu de fièvre ; pouls vibrant.

Le 8e jour, légère amélioration, qui va s'accentuant les jours suivants ; si bien que, du 10e au 13e jour, les symptômes cérébraux et spinaux ont entièrement disparu ; l'appétit est bon, les forces reviennent, la fièvre disparaît. Seulement, le ventre est rétracté, et les selles sont rares.

Voilà donc une période d'accalmie qui dure six jours, et pendant laquelle le malade semble marcher vers la guérison. Mais ces accalmies s'observent dans la méningite tuberculeuse miliaire ; le diagnostic ne pouvait en être influencé. D'ailleurs, dès le 14e jour, l'amélioration s'arrête et la maladie s'aggrave ; les douleurs dans les jambes, la raideur du tronc et la céphalalgie reparaissent ; l'enfant est assoupi, la rétraction du ventre est permanente, les forces sont déprimées, l'amaigrissement s'accroît. Le pouls est vibrant. Cet état se prolonge pendant six jours, sans changement notable.

Le 20e jour, pour la première fois, le pouls est notablement irrégulier ; en même temps, le facies est cérébral, l'abdomen rétracté, en bateau, la constipation s'établit, la céphalalgie persiste ; l'enfant tombe dans la somnolence. Les jours suivants, les mêmes symptômes existent, et il s'en joint d'autres qui ne peuvent laisser aucun doute sur la nature de la maladie ; ainsi la respiration devient irrégulière, le visage est alternativement rouge et pâle, la céphalalgie arrache parfois des cris au malade ; il y a par moments des soupirs, des grincements de dents, de la dilatation des pupilles, une rétraction permanente du ventre et une constipation opiniâtre.

A partir du 41e jour, les symptômes vont progressivement en s'aggravant ; facies cérébral, traits contractés, yeux fixes,

pouls de plus en plus petit, respiration lente, céphalalgie ; l'intelligence se trouble ; dans la journée, délire violent, agitation excessive; par intervalles, léger strabisme, selles involontaires. L'enfant atteint le dernier degré du marasme. Enfin, le 48e jour, la maladie était arrivée à son apogée, et un examen attentif convainquit les médecins que le malade n'avait plus que quelques heures à vivre.

Mais, dès le 49e jour, la scène changeait: le visage n'exprimait plus que l'abattement, l'agitation diminuait; l'intelligence se réveillait, la raideur du cou était moindre, les pupilles se contractaient. Enfin tous les phénomènes disparurent peu à peu et s'effacèrent définitivement le 66e jour.

Quelques mois plus tard, un accident se produisit, qui mit la vie du malade en grand danger; il fit une chute sur la tête, et se fractura le rocher. Des accidents de méningite aiguë apparurent; mais je passe sur les détails, pour ne pas compliquer cette observation. L'enfant guérit en peu de jours.

Cinq ans et demi se passent, et la santé se maintient bonne, tous ses sens sont intacts, ses mouvements libres; il a bon appétit et ne maigrit pas.

Tout à coup, sans symptômes précurseurs, il commence à se plaindre de la tête, puis surviennent des vomissements, de la constipation. A partir du 10e jour, il pousse sans cesse des cris automatiques, il a de fréquents soupirs. Enfin, il perd connaissance.

Rilliet, de nouveau appelé, constate tous les signes d'une méningite tuberculeuse : amaigrissement, assoupissement, paupières closes, pupilles dilatées, coma; un peu de contracture des jambes, soupirs, ventre en bateau, constipation, respiration inégale. Le pouls s'accélère chaque jour et va jusqu'à 160; la respiration atteint 60 et 68, la paupière droite est paralysée. Enfin, la mort arrive le matin du 13e jour.

Il paraissait évident que cet enfant avait succombé à une attaque de méningite tuberculeuse; mais il semblait aussi certain que la première maladie, qui s'était terminée par la guérison, était également une tuberculose méningée. Il s'agis-

sait maintenant de savoir si l'autopsie rendrait compte de ces deux évolutions morbides, et si elle expliquerait pourquoi la première méningite avait guéri.

Or, c'est sur l'étude des lésions que j'attire particulièrement votre attention; car c'est elle qui me semble donner la solution du problème.

En effet, Rilliet trouve à l'autopsie deux genres de lésions distinctes : les unes sont récentes, les autres anciennes. Les lésions récentes, sous l'influence desquelles la mort a eu lieu, sont celles de la méningite tuberculeuse aiguë : granulations jaunes de volume variable, abondantes à la surface du cerveau, plus abondantes encore dans la profondeur des circonvolutions. Méningite et exsudats peu abondants près de la scissure interlobaire. Le chiasma des nerfs optiques, la protubérance présentent un aspect gris-clair; la pie-mère et l'arachnoïde ont près d'une ligne d'épaisseur et se déchirent difficilement, etc.

Mais une autre lésion, évidemment de date ancienne, se trouve à la partie moyenne de l'hémisphère gauche : On y aperçoit une masse jaunâtre qui occupe l'intervalle de deux circonvolutions et forme entre elles comme une espèce de coin à base extérieure. Cette *masse* est composée d'une *matière dure*, *cassante*, *jaunâtre*, entourée et traversée de vaisseaux. Ce *produit morbide*, examiné au microscope, a été trouvé *identique à la matière tuberculeuse*, mais il *différait* du tubercule ordinaire par *sa plus grande dureté*. Cette masse pouvait avoir environ une longueur de 1 centimètre et une épaisseur de 4 millimètres. Le tissu cellulaire qui entourait les vaisseaux était épaissi et résistant.

A la fin de cette observation, Rilliet fait remarquer que cette lésion, évidemment de date ancienne, est certainement celle qui a causé la première évolution morbide. Il importe maintenant d'insister sur ce point et de rapprocher l'une de l'autre l'observation de Rilliet et la mienne.

Que voyons-nous dans les deux cas? Une maladie qui a évolué exactement comme une méningite tuberculeuse ordi-

naire. L'évolution aiguë de la première a été, il est vrai, beaucoup plus courte que celle de la seconde, puisque le cycle morbide de l'une a été de 23 jours, avec trois périodes de rémission, et que celui de l'autre a été de 66 jours, avec une seule période de rémission, du 8e au 13e jour. Mais cette légère différence ne modifie pas sensiblement la physionomie du processus morbide. Or, nous ne saurions être surpris que les allures de ces méningites aient été celles de la méningite tuberculeuse, puisque nous y trouvons les deux facteurs de cette maladie : la tuberculose d'une part, la méningite de l'autre. Ce sont donc des méningites de nature tuberculeuse qui ont été suivies de guérison, du moins temporaire.

On m'objectera peut-être que les rémissions, les accalmies dans le cours de la méningite tuberculeuse ne sont pas rares; j'ai moi-même attiré vivement votre attention sur ce sujet dans la dernière leçon. Mais si vous vous rappelez les faits qui ont passé sous vos yeux, si vous vous souvenez des descriptions données par les auteurs, si vous n'avez pas perdu la mémoire des paroles que je vous ai dites, vous vous apercevrez aisément qu'aucune comparaison n'est possible entre les accalmies classiques et les observations que je viens de vous rapporter.

Entrons maintenant un peu plus profondément dans le sujet. Les deux malades étaient atteints à la fois de tuberculose et de méningite, mais chez eux la tuberculose cérébrale, au lieu d'être caractérisée par des granulations miliaires, l'était par une tumeur plus ou moins ancienne, et la méningite s'était développée autour de cette tumeur; en d'autres termes, la tuberculose, au lieu de revêtir la forme aiguë ou suraiguë, au lieu d'être disséminée et plus ou moins généralisée comme elle l'est dans les méningites tuberculeuses ordinaires, avait pris, au contraire, la forme chronique et limitée. D'où il est résulté que la méningite, au lieu d'être plus ou moins généralisée, comme d'habitude, a été circonscrite autour de l'épine qui l'a fait naître.

L'anatomie pathologique de la méningite tuberculeuse est

certainement présente à votre esprit. Je n'ai donc pas à insister longuement sur les différences qui découlent de ces deux processus morbides, au point de vue des troubles apportés à la circulation cérébrale et des altérations de la névroglie. Il en ressort clairement, ce me semble, que la guérison doit être beaucoup plus aisée dans un cas que dans l'autre; que probablement même elle n'est possible que si la méningite et les altérations qui l'accompagnent sont limitées. Or, elles ne peuvent l'être que si la lésion primitive est elle-même circonscrite, c'est-à-dire si la tuberculose se montre sous la forme, non de granulations multiples, mais de masse isolée. Ajoutons encore que la forme granuleuse ou miliaire de la tuberculose est essentiellement aiguë ou même suraiguë, et qu'elle a une tendance constante à l'envahissement et à la généralisation, tandis que les gros tubercules isolés appartiennent à la forme subaiguë ou chronique et qu'ils ont beaucoup plus de tendance à rester stationnaires.

Il est vrai que, dans les deux observations que je vous ai citées, le malade n'a pas guéri; dans la première, qui m'est personnelle, la mort a été amenée par une affection intercurrente, la diphthérie, mais il y a tout lieu de croire que la tumeur tuberculeuse trouvée dans le cervelet, et qui était du volume d'un œuf, n'avait aucune tendance à subir la transformation fibreuse, c'est-à-dire à guérir; dans la seconde, qui appartient à Rilliet, l'enfant a succombé à une tuberculose méningée miliaire; la maladie s'était donc réveillée après cinq ans et demi de sommeil.

Mais, il est aisé de concevoir un autre enchaînement de phénomènes : Nous savons aujourd'hui que la tuberculose peut guérir, et nous connaissons même les processus régressifs qui conduisent à la guérison; un de ces processus est la transformation fibreuse, qui a été si bien étudiée par Grancher. Eh bien, rappelez-vous la description faite par Rilliet, de la *masse tuberculeuse* ancienne qu'il a trouvée dans l'hémisphère gauche : elle était composée d'une *matière dure, cassante*, jaunâtre; *elle différait du tubercule ordinaire par sa*

plus grande dureté. Cette description n'est-elle pas celle d'un tubercule qui a subi la transformation fibreuse? et n'est-il pas certain que Rilliet se serait servi de cette dernière expression si elle avait été usitée de son temps, et si le processus régressif avait été connu?

Sans doute le malade de Rilliet a succombé à une évolution tuberculeuse nouvelle, mais celle-ci n'avait rien de nécessaire, elle pouvait faire défaut; on aurait eu alors à enregistrer un nouveau cas de guérison absolue, radicale, dont le mécanisme serait resté ignoré. Pourquoi, dans quelques-uns des cas de guérison que renferment les annales de la science, les choses ne se seraient-elles pas passées de cette manière? Pourquoi une masse tuberculeuse plus ou moins grosse n'aurait-elle pas fait naître une méningite circonscrite qui aurait guéri, et pourquoi cette masse tuberculeuse n'aurait-elle pas subi ensuite la transformation fibreuse?

Quant au rôle que pourra jouer plus tard ce corps fibreux logé dans la substance cérébrale comme une menace permanente d'irritation et d'inflammation future, je ne veux pas m'en occuper en ce moment. Il me suffit de vous avoir fait comprendre dans quelles conditions et de quelle manière la méningite tuberculeuse me semble pouvoir guérir, et d'avoir même apporté, à l'appui de ma manière de voir, des preuves qui paraissent convaincantes.

Méningites non tuberculeuses. — Passons à un autre ordre d'idées. Je vous ai dit, au commencement de cette leçon, que la question posée, c'est-à-dire la guérison possible de la méningite, était susceptible, non d'une solution unique, mais de plusieurs solutions différentes. Je viens de vous en proposer une, je vais vous en soumettre d'autres. Seulement, les termes du problème seront changés : Tout à l'heure, je vous montrais comment, selon moi, la tuberculose, accompagnée de méningite, pouvait guérir; je vais maintenant vous montrer que la plupart des méningites qui guérissent ne sont pas tuberculeuses, Mais pour que ma démonstration soit topique,

je suis contraint de vous prouver que certaines méningites non tuberculeuses sont identiques ou presque identiques, cliniquement, à la méningite tuberculeuse.

Je trahirais ma pensée et la vérité si je vous disais que toutes les méningites aiguës se ressemblent par leurs symptômes et par leur marche. Cette opinion était pourtant celle de Trousseau qui dit : « La fièvre cérébrale, dite primitive, c'est-à-dire se déclarant chez des individus non tuberculeux, ne se comporte pas autrement que chez ceux qui le sont. » Je n'hésite pas à vous dire qu'en cette occasion l'illustre clinicien a commis une erreur en généralisant trop sa pensée. Les méningites par insolation ou par lésions osseuses, les méningites cérébro-spinales, etc... ont, la plupart du temps, des symptômes et une marche qui leur sont propres et qui permettent de les reconnaître. Mais on tomberait dans une erreur opposée si l'on croyait que la distinction est toujours facile ou même toujours possible entre la méningite tuberculeuse et d'autres formes d'inflammations méningées, telles que les méningites sclérotiques et fibreuses, syphilitiques ou non, et certaines autres dont l'anatomie pathologique est encore douteuse.

Méningite fibreuse.—Une observation publiée par F. Dreyfous dans la *Revue mensuelle des maladies de l'enfance* (nov. 1883) sous ce titre : *De la méningite chronique chez les enfants* vous prouvera, je pense, la vérité de mes paroles. Il s'agit d'un garçon dont la santé avait toujours été délicate, et qui, huit jours avant son entrée à l'hôpital, avait été pris de céphalalgie, de fièvre et d'inappétence ; le caractère était changé, il avait perdu tout entrain, et se plaignait constamment de douleurs de tête. Le cou était raide, la tête renversée en arrière, et toute tentative de redressement provoquait une vive douleur. La face se couvrait de rougeurs subites alternant avec la pâleur. Un seul symptôme manquait : les vomissements.

Le jour de l'entrée, l'enfant était dans le décubitus latéral gauche, le visage pâle, sans amaigrissement notable, la langue blanche, le ventre normal, la température à 39,8, le pouls à

120, la respiration à 40. La nuit suivante fut agitée, et le lendemain matin on constatait la persistance de la raideur du cou, une hyperesthésie très marquée, un mâchonnement presque continuel, de la constipation. Cette constipation cède, il est vrai, assez facilement sous l'influence du calomel, et est remplacée par des selles diarrhéïques; de plus, pendant trois jours, une certaine accalmie se produit, mais elle est incomplète : la roideur du cou persiste, le ventre se déprime, la raie méningitique se dessine rapidement ; enfin l'amélioration apparente fait place à de nouveaux symptômes ; le malade pâlit, maigrit, pousse des cris plaintifs et prolongés ; la dépression du ventre est de plus en plus marquée, le décubitus est latéral droit, en chien de fusil, et cet état se prolonge pendant neuf jours.

On arrive ainsi au 24e jour de la maladie où se montre une accalmie nouvelle ; mais elle ne dure que 24 heures, et, dès le lendemain, tous les symptômes reparaissent. Les jours suivants on note des rougeurs subites du visage, des vomissements verdâtres le 34e jour; le 39e jour un strabisme droit convergent, une respiration inégale, surpirieuse, un nystagmus transversal.

Pas de changement jusqu'au 41e jour, où se produit un changement vraiment surprenant. Le visage a repris son expression, l'enfant répond aux questions, la roideur du cou diminue, l'appétit renaît. Cependant le pouls et la respiration sont irréguliers, au moins par moments, et la persistance de ces symptômes semble indiquer que la maladie n'est pas terminée.

En effet, cette nouvelle accalmie, qui dure huit jours, devait être la dernière. Le 49e jour, la scène change encore. L'enfant est redevenu aussi grimaud que dans les plus mauvais jours ; il crie sans larmes et a repris le décubitus latéral ; il pousse des gémissements. Le 52e jour, il peut à peine se tenir assis et retombe d'un côté ou de l'autre ; il a par moments, un strabisme convergent à droite. Le 53e jour, la température remonte ; le lendemain, l'enfant vomit, la face perd toute expression, l'in-

telligence est perdue, le malade ne reconnaît plus sa mère. Le 55e jour, le regard est fixe et strabique, la respiration inégale et suspirieuse, la prostration complète.

Enfin, le 56e jour, à 5 heures du matin, l'enfant est pris à deux reprises de contracture généralisée. Au moment de la visite, il a des convulsions toniques des quatre membres ; les mains sont fortement fléchies sur l'avant-bras, le pouce en adduction forcée. Rotation de la tête à droite et déviation conjuguée des yeux. Puis les attaques convulsives se répètent à quelques secondes d'intervalle. Enfin, la cyanose se montre, le facies est cadavérique, les pupilles très dilatées, la vue abolie, et l'enfant succombe à la fin de la visite. Au moment de la mort la température monte à 43,4.

On pourrait peut-être, en analysant avec soin cette observation, trouver quelques différences entre la marche de cette méningite et celle de la méningite tuberculeuse vulgaire. Dreyfous a essayé de le faire dans son travail et cette tentative pourra être fructueusement reprise si l'occasion s'en présente. Mais, pour le moment, je dois seulement vous faire observer que, dans l'état actuel de la science, nous ne possédons aucun moyen de distinguer sûrement un tel cas d'une méningite tuberculeuse. Aussi est-ce ce diagnostic qui a été posé par mon savant collègue Jules Bergeron, dans le service duquel le fait a été observé.

Et cependant il s'agissait, non d'une méningite tuberculeuse, mais d'une méningite fibreuse, dont l'origine paraît être très probablement syphilitique. Je laisse ici la parole à Dreyfous :
« C'est avec le plus grand étonnement que nous avons trouvé
« à l'autopsie des lésions tout autres que celles auxquelles
« nous nous attendions. Aucune trace de tubercules, quoique
« nous ayons examiné à ce point de vue le poumon, l'intestin,
« les ganglions mésentériques, voilà un premier fait négatif
« de la plus haute importance. Au lieu de lésions tubercu-
« leuses plus ou moins étendues, on constata une transforma-
« tion fibreuse qui semblait se généraliser à toutes les séreuses,
« mais en affectant une prédilection toute spéciale pour l'arach-

« noïde et l'épendyme des ventricules cérébraux. La lésion « scléreuse de l'arachnoïde et de la pie-mère, répandue sur « toute la surface de l'encéphale, offrant par place des tractus « linéaires blanchâtres, paraît avoir pour point de départ le « voisinage des artères et rayonner de là en diffusant à toute « la périphérie des hémisphères. »

Ainsi, et quelque jugement que l'on porte sur la nature de la méningite qui fait le sujet de cette observation, un fait est hors de doute, c'est que la tuberculose y était absolument étrangère, et que cependant elle a été prise pour une méningite tuberculeuse par un des hommes qui connaissent le mieux cette maladie.

Je vous ai donc prouvé, ce me semble, que certaines méningites non tuberculeuses sont identiques ou presque identiques cliniquement à la méningite tuberculeuse.

Ce point établi, il me sera facile de vous faire voir que la plupart des méningites qui guérissent ne sont pas tuberculeuses ; la démonstration sera alors complète.

Je n'ai pas l'intention, remarquez-le bien, d'étudier maintenant les diverses espèces de méningites. Outre que le sujet serait trop vaste pour être traité à la fin d'une leçon et, pour ainsi dire, en hors-d'œuvre, les éléments d'une pareille étude feraient en grande partie défaut. Une grande obscurité règne encore sur les maladies qui font naître la sclérose méningée et cérébrale ; une seule nous est connue, c'est la syphilis, et, quelque importance qu'elle ait, nous ne saurions rattacher à cette unique cause tous les cas que nous observons.

Les travaux récents entrepris sur la syphilis du cerveau nous montrent, il est vrai, que son influence est beaucoup plus grande qu'on ne le pensait autrefois ; bien des faits, de nature jadis inconnue, doivent lui être attribués, mais un grand nombre d'autres restent en dehors de son action probable, et le moment n'est pas venu de les systématiser. Il importe peu d'ailleurs, pour la question restreinte que nous traitons en ce moment. Ne perdez pas de vue, en effet, qu'il s'agit seulement pour nous de la guérison possible de la méningite.

Méningite syphilitique. — Commençons par la syphilis du cerveau, et voyons ce que dit de la forme méningée un des maîtres en la matière, le professeur Fournier; dans les *Leçons cliniques* qu'il a publiées en 1879 (page 64) : « Les lésions du « processus inflammatoire sont celles qui résultent de la pré- « sence d'un corps étranger, d'une épine dans le cerveau, si « je puis ainsi parler. Elles ne sauraient avoir rien de spécial ; « et, en effet, nous les trouvons analogues ou identiques à « celles qui déterminent dans le tissu nerveux ou vers les mé- « ninges des productions étrangères à l'encéphale, quelle qu'en « soit d'ailleurs la nature.

« Exemple : Une gomme se produit dans le cerveau, au « voisinage des méninges. Consécutivement à l'apparition de « cette gomme, et de son fait, nous voyons s'éveiller vers les « méninges un certain degré d'irritation, de congestion, d'hy- « pérémie. Puis, entretenu par la persistance de la cause « première, ce processus nouveau se confirme bientôt à l'état « de *méningite*, en déterminant une prolifération cellulaire à « la surface ou dans l'épaisseur des membranes, qui s'épais- « sissent et deviennent adhérentes au cerveau. »

Remplacez le mot *gomme* par le mot *masse tuberculeuse*, ne vous semble-t-il pas entendre la description d'un cas analogue à celui de Rilliet et au mien, cas dans lesquels un gros tubercule avait fait naître une méningite de voisinage autour de lui ? C'est qu'en effet le processus est identique, avec cette différence toutefois, que les cas de ce genre sont la règle dans la syphilis, l'exception dans la tuberculose, et que la guérison ou le passage à l'état chronique est beaucoup plus fréquent dans celle-là que dans celle-ci.

Mais poursuivons, et ne nous attardons pas davantage à la description du processus méningitique dans la syphilis cérébrale et de son anatomie pathologique; je n'ai pas à refaire ici le beau livre du professeur Fournier. Cherchons un cas avéré de guérison de méningite syphilitique. Je le trouve dans les *leçons cliniques sur la syphilis héréditaire tardive* du même auteur, recueillies par son chef de clinique, le Dr Bar-

thélémy, et publiées dans la *France médicale* (1882-1883). C'est, dit-il, un merveilleux exemple de ces syphilis cérébrales de l'enfance, qu'on confond si souvent avec des méningites tuberculeuses.

Un homme affecté de syphilis se marie prématurément. Il ne tarde pas à communiquer la syphilis à sa toute jeune femme. De ce mariage naît un enfant qui, quelques semaines après sa naissance, présente quelques accidents légers, mais incontestables de syphilis (syphilides des fesses et des lèvres). L'enfant est traité et guérit. Aucun autre accident ne se produit pendant sept ans. Mais à cette époque l'enfant, qui, très attentivement surveillé par ses parents et par un médecin aussi dévoué qu'instruit, n'avait absolument rien présenté de suspect, commence à prendre des allures *singulières ;* attentif et laborieux, il ne travaille plus qu'à contre-cœur; il devient mauvais élève, ses maîtres se plaignent de lui. Il est inappliqué, indifférent; il n'apprend plus ses leçons, il ne peut plus les apprendre, il oublie ce qu'il savait; vif, pétulant, intelligent il y a quelques mois, il se transforme en un enfant lourd, apathique, simple, borné; par instants, il est comme ahuri, hébété, étranger à ce qui l'entoure. De plus, il se plaint, dans son petit langage, d'éprouver de temps à autre des tournoiements, des étourdissements, des vertiges. Il souffre de la tête, par moments, il ne peut tolérer la lumière et volontairement va se coucher dans les coins obscurs de la chambre. Il ne joue plus, il devient triste, silencieux. Puis les maux de tête s'accroissent, deviennent presque continus, violents. Enfin, il éprouva un jour, après trois mois de cet état mal défini, une véritable crise épileptique; subitement il tombe privé de connaissance, est pris de convulsions générales, écume, se mord la langue, urine sous lui, etc. Deux fois une semblable crise se produit, à brève échéance.

Fournier le voit à ce moment, et, vu les antécédents, reconnaît sans peine des accidents cérébraux d'ordre syphilitique. Il prescrit un traitement spécifique, consistant en frictions mercurielles et en sirop ioduré. Ces deux agents amè-

nent rapidement une guérison complète, qui ne s'était pas démentie deux ans plus tard.

Cette observation, fort intéressante, est une preuve de la guérison possible de la méningite syphilitique; c'est à ce titre que je vous l'ai racontée. Mais, quoi qu'en dise Fournier, elle ne me paraît guère pouvoir être confondue avec une méningite tuberculeuse, même si les anamnestiques faisaient défaut. Sans nous livrer à une analyse minutieuse des symptômes, il suffit de remarquer que le début de la période aiguë succédant à la période prodromique a été une crise épileptique, que cette crise s'est répétée deux fois à brève échéance, que la somnolence continue, les vomissements, la constipation, la rétraction du ventre, etc., en un mot, les symptômes pathognomoniques de la méningite tuberculeuse miliaire ont fait défaut. La ligne de démarcation entre cette forme de syphilis cérébrale et la tuberculose aiguë des méninges me paraît donc être bien tranchée.

Mais il n'en est pas toujours ainsi; il est des cas dans lesquels les symptômes méningitiques sont beaucoup plus accusés, et où le diagnostic est beaucoup plus délicat; l'observation de Dreyfous, que je vous ai citée, en est une preuve. D'ailleurs, il ne s'agit pas pour nous, en ce moment, de poser les bases d'un diagnostic différentiel; ce que j'ai voulu vous prouver, c'est que, dans un grand nombre de circonstances, les médecins ont confondu des méninges d'origine syphilitique avec des méningites tuberculeuses, et ont assisté à la guérison des unes, en croyant voir guérir les autres. Or, la démonstration me semble faite.

Méningite sclérosique. — Une autre catégorie de faits nous reste maintenant à aborder. Je veux parler de la sclérose cérébrale. Vous avez lu, sans aucun doute, les remarquables leçons que Jules Simon a consacrées à ce sujet, et qu'il a publiées dans la *Revue mensuelle des maladies de l'enfance* (déc. 1883, janv. 1884). Cette lecture a pu vous convaincre qu'il existe incontestablement des cas nombreux dans lesquels les alté-

rations du cerveau ne sont ni des tubercules, ni des gommes syphilitiques, ni des gliômes, ni des kystes, etc. Ce sont des scléroses, anatomiquement constituées par la prolifération fibrillaire du tissu connectif et la destruction complète des éléments nerveux, tubes et cellules.

Cette sclérose peut être superficielle ou profonde; beaucoup plus souvent superficielle, et développée à la surface des hémisphères; elle ne se généralise pas, comme celle des autres viscères, mais elle se présente sous forme de noyaux plus ou moins volumineux.

Vous comprenez facilement que ces noyaux de sclérose peuvent jouer le même rôle que les masses tuberculeuses ou que les gommes syphilitiques, c'est-à-dire qu'autour d'eux une méningite plus ou moins étendue peut se développer. C'est, en effet, ce qui arrive : Jules Simon cite plusieurs cas dans lesquels tous les signes d'une méningite ont caractérisé le début, au moins apparent, de la maladie; il parle d'une petite fillette, âgée de 4 ans, chez laquelle, au mois d'août 1878, on constata les signes habituels d'une méningite (céphalalgie, agitation, vomissements persistants, fièvre) pendant trois semaines environ. La situation parut désespérée aux médecins traitants; enfin, au bout d'un mois, les accidents cérébraux disparurent.

Une autre avait eu, à l'âge de deux ans, des accidents cérébraux accompagnés de fièvre qui avaient duré deux semaines. Le diagnostic porté avait été *méningite*. Cependant l'enfant reprit peu à peu son intelligence, ses sens, sa force et la fièvre tomba complètement. De cette attaque, il ne lui resta rien, en apparence, si ce n'est une certaine susceptibilité; elle était parfois fort irascible.

Nous avions tout récemment dans nos salles un jeune garçon de 12 ans qui, à l'âge de 2 ans et demi, a été pris brusquement de convulsions suivies de vomissements, de céphalalgie violente et de constipation. Il poussait constamment des cris aigus. Le médecin traitant a diagnostiqué une méningite; la maladie s'est prolongée vingt-deux jours, et la convalescence

a été lente ; pendant sa durée, les membres inférieurs étaient en paralysie flasque; la station debout était impossible; l'enfant était constamment assis. La guérison complète n'a eu lieu qu'au bout de trois mois.

Conclusions. — Voilà, comme vous le voyez, bien des cas de méningite guérie; je pourrais, sans difficulté, vous en citer un beaucoup plus grand nombre. Mais il est temps de m'arrêter, d'autant plus que, sans doute, vous vous demandez pourquoi je range toutes ces observations parmi les scléroses cérébrales. Pour me faire bien comprendre, quelques explications sont nécessaires ; elles serviront d'ailleurs à conclure cette longue leçon.

Consultez les auteurs qui ont étudié les affections cérébrales dont nous venons de parler, soit qu'ils les décrivent en bloc sous le nom de méningites, comme Barthez et Sanné (Traité pratique des maladies des enfants. T. I., 1884), soit qu'il les distinguent les uns des autres, comme Grasset (Traité pratique des maladies du système nerveux), soit qu'ils parlent exclusivement de la syphilis du cerveau, comme Fournier, ou de la sclérose cérébrale, comme Jules Simon, tous vous diront que ces maladies peuvent se terminer de trois manières : par la mort, par une guérison complète, ou enfin par une guérison incomplète, qui laisse après elle de graves infirmités : paralysies, contractures, idiotie, etc. Ne nous occupons pas des deux premières terminaisons, qui ne nous apprendraient rien ; ne nous attachons qu'à la troisième.

Dans l'état actuel de la science, il nous est absolument impossible d'admettre l'existence d'aucune de ces infirmités sans lésion limitée ou généralisée de la substance cérébrale elle-même. J'ajoute que, pour la question restreinte qui nous occupe, nous avons à tenir compte seulement des lésions de la zone corticale du cerveau, puisque nous ne parlons que des faits où a existé une méningite. Donc, toutes les fois que nous verrons un processus méningitique se terminer par une paralysie limitée, par des contractures, par l'affaiblissement

intellectuel, nous serons invinciblement conduits à admettre que cette paralysie reconnaît pour cause la lésion d'un centre excito-moteur, que cette contracture est la conséquence de la dégénération secondaire des cordons latéraux de la moelle, que cet affaiblissement intellectuel est en rapport avec des altérations diffuses de la substance grise, etc.

Voyons maintenant comment se sont terminés les trois cas de guérison dont je vous parlais tout à l'heure :

Dans le premier, les accidents cérébraux firent place à une hémiplégie droite et à des convulsions répétées. Pour le second, quatre mois après la guérison apparente, l'enfant est prise d'une attaque éclamptique qui dure 48 heures. Après la convulsion, raideur tétanique, mouvement fébrile, troubles cérébraux qui durent cinq ou six jours, et auxquels succède une hémiplégie gauche, avec contracture du bras gauche. Pour le troisième, la guérison paraît être complète pendant 3 ans 1/2 ; mais, à partir de l'âge de 6 ans, il a, trois à quatre fois par an, des crises caractérisées par une fièvre vive, des vomissements, un tremblement général, qui durent 12 à 24 heures. Son intelligence est médiocre, son caractère irascible. La santé générale est d'ailleurs assez bonne.

N'est-il pas évident que, dans ces trois cas, la lésion cérébrale a persisté après la guérison de la méningite, limitée dans les deux premiers cas, diffuse et accompagnée probablement de poussées de congestion méningée dans le troisième ? Or, comme dans ces trois cas, il paraissait impossible d'admettre soit la tuberculose, soit la syphilis, Jules Simon a admis et j'ai diagnostiqué également une sclérose cérébrale, de cause inconnue, comme la plupart des scléroses.

Mais vous comprenez aisément que la nature de la lésion ne change absolument rien au processus morbide.

La physionomie de la maladie variera seulement selon le siège occupé par le néoplasme, et non selon son origine nosologique.

Qu'il soit tuberculeux, syphilitique ou scléreux, que ce soit un gliôme ou un kyste hydatique, il pourra donner lieu à

une paralysie du membre inférieur s'il est situé dans le tiers moyen de la circonvolution frontale ascendante, et du membre supérieur s'il est situé au niveau du lobule paracentral, du tiers supérieur de la circonvolution frontale ascendante et des deux tiers supérieurs de la circonvolution pariétale ascendante ; enfin, il ne produira aucun phénomène paralytique s'il se trouve en dehors des zones motrices, dans le lobe occipital ou dans le cervelet, par exemple.

Dans d'autres circonstances, on aura des convulsions limitées auxquelles des paralysies pourront succéder si l'excitation se porte autour du sillon de Rolando, et les convulsions se reproduiront à plus ou moins long intervalle, après des accalmies de plus ou moins longue durée chaque fois que le néoplasme éveillera autour de lui une excitation nouvelle de la névroglie.

Au lieu de voir des attaques éclamptiques, on assistera parfois à une évolution méningitique de quelques heures ou de quelques jours, selon qu'une congestion ou qu'une inflammation méningitique se développera autour du néoplasme.

Enfin, si la lésion cérébrale reste limitée, l'intelligence du malade ne subira aucune atteinte ; mais les troubles intellectuels apparaîtront et deviendront de plus en plus grands, à mesure que les altérations de la névroglie seront plus profondes et plus étendues.

Ainsi, encore une fois, tous ces désordres : paralysies, convulsions, poussées méningitiques, etc., seront absolument indépendants de la nature de la lésion, et aucun d'eux ne donnera la moindre lumière sur ce point. Les raisons qui permettront de diagnostiquer la tuberculose ou la syphilis, par exemple, seront tirées d'une autre source, et souvent on restera dans le doute, surtout en présence d'une guérison.

Appliquons maintenant ces données à quelques faits cliniques.

Trousseau raconte que, dans un des deux cas de méningite où il a vu survenir la guérison, l'affection aiguë laissa après

elle une paralysie permanente. N'est-il pas évident que ce cas rentre complètement dans ceux où un néoplasme quelconque, existant au niveau des zones motrices, a provoqué autour de lui l'éclosion d'une méningite ?

Il y a deux ans, j'étais appelé en consultation à quelques kilomètres de Meaux. La petite malade près de laquelle j'étais mandé présentait tous les symptômes d'une méningite confirmée : renversement de la tête en arrière, roideur de la nuque, dilatation des pupilles, strabisme convergent, demi-coma, rétraction du ventre, constipation, etc...

J'ai déjà fait allusion à ce cas ; c'est celui dans lequel, tout en portant un pronostic très sévère, j'ai laissé entrevoir la possibilité d'une guérison. L'enfant guérit, en effet, après huit jours de maladie, mais avec une paralysie du membre supérieur droit. J'ai revu cette petite fille trois mois plus tard ; sauf la paralysie, elle était dans un état de santé parfaite. Ce cas est identique à celui de Trousseau.

Je ne saurais douter qu'une lésion existât au niveau du lobule paracentral ou dans le voisinage ; le néoplasme a fait naître autour de lui une méningite, qui nous a laissé croire à une méningite tuberculeuse miliaire.

Rappelez-vous maintenant quelques-unes des observations de méningites guéries dont je vous ai parlé au commencement de cette leçon.

Dans un fait d'Abercrombie, on note cinq à six rechutes, c'est-à-dire cinq à six poussées méningitiques distinctes ; dans celui de Jahn, la maladie se termine par des convulsions et une hémiplégie droite ; dans celui de Hahn, le malade succomba à une récidive au bout de trois ans ; dans celui de West, l'enfant resta à demi-idiote. Tous ces faits s'expliquent d'eux-mêmes; je n'insiste pas, la conclusion s'impose.

Enfin, je dois vous rappeler que, chez les enfants, la surdité s'observe assez souvent à la suite d'une fièvre intense avec vomissements, délire, coma, d'une durée de 4 à 10 jours et à début brusque. A la guérison, l'intellect est conservé, mais le petit malade reste longtemps incapable de se tenir sur ses

jambes, et est atteint de surdité complète sans lésion. L'allure de la maladie est méningitique et les deux oreilles sont frappées.

Gellé, auquel j'emprunte ces détails (nouv. Dict. de méd. et de chir., art. Surdité) a vu quelques sourds de cet ordre, et affirme que chez eux les commémoratifs se ressemblent tous. Il y a là, selon lui, une unité pathologique bien nette; et cependant les pathologistes, n'ayant pas d'autopsie pour guide, discutent encore sur le siège de la lésion. Gellé et Duplay sont disposés à admettre une méningite limitée guérie, au niveau du quatrième ventricule; de Trœltsch et Urbantschistch partagent cette manière de voir.

Des autopsies de sourds-muets, faites par Meyer, ont montré des lésions méningées à ce niveau et l'atrophie plus ou moins complète des stries acoustiques.

Je n'ai aucune expérience personnelle à ce sujet; j'ai bien eu occasion de voir plusieurs sourds-muets qui ont eu tous les symptômes d'une méningite, au début de leur infirmité; j'ai même vu un enfant chez lequel une méningite, soignée par un de mes confrères, et pour laquelle j'avais été appelé en consultation, se termina par une surdi-mutité, mais je suis incapable de vous dire quelle a été la lésion initiale. Je suis fort peu disposé, je l'avoue, à admettre une méningite d'emblée, par les raisons que je vous ai déjà dites si souvent; mais j'ignore de quelle nature pourrait être la lésion cérébrale qui donnerait naissance à une méningite limitée au niveau du quatrième ventricule. En tout cas, nous devons ranger la surdi-mutité parmi les infirmités qui succèdent aux méningites guéries, à côté des paralysies et des contractures.

Il est vrai que, dans d'autres observations : dans celle de Barth, dans une de celles de Rilliet, dans celle de Millard, dans une des miennes, dans d'autres encore, la guérison a été complète et définitive. Mais cela prouve simplement, ce me semble, qu'en pareilles circonstances, le néoplasme n'a pas donné lieu à des poussées successives de méningite de voisinage, et qu'il siégeait en dehors des zones motrices du cerveau.

Malheureusement, s'il nous est possible de comprendre comment et dans quelles conditions la méningite aiguë peut guérir, il nous est souvent impossible de diagnostiquer la nature de la lésion qui lui a donné naissance. Nous en sommes trop fréquemment réduits aux conjectures. Il en résulte que nous ne pouvons pas toujours employer un traitement rationnel pendant la période méningitique aiguë. Mais, vous le savez, messieurs, nous n'avons pas l'embarras du choix. De tous les néoplasmes que je vous ai énumérés, un seul est justiciable de la thérapeutique, c'est le néoplasme syphilitique. C'est donc le traitement antisyphilitique dont il faut faire usage dans tous les cas, à peu près indistinctement, assurés que nous sommes de ne jamais nuire aux malades et de les servir quelquefois. Vous comprenez maintenant pourquoi je vous ai dit, en vous parlant du traitement de la méningite tuberculeuse, que l'iodure de potassium, la liqueur de Van-Swieten et les frictions mercurielles étaient les seuls médicaments que j'employasse avec quelque espoir de succès. C'était vous dire, en d'autres termes, qu'en présence d'une méningite tuberculeuse, j'espérais toujours commettre une erreur de diagnostic.

Résumé. — En résumé, messieurs, nous pouvons, ce me semble, tirer de cette longue étude les conclusions suivantes :

1° Il existe des méningites dont les symptômes sont identiques à ceux de la méningite tuberculeuse miliaire, et qui sont susceptibles de guérison.

2° Ces méningites ne sont pas, selon toute apparence, des méningites tuberculeuses miliaires.

3° Ce ne sont pas non plus des méningites aiguës idiopathiques, maladies dont la réalité est, d'ailleurs, fort contestable.

4° Ce sont des méningites développées autour de tumeurs tuberculeuses, de gommes syphilitiques, de scléroses cérébrales, de néoplasmes de diverses natures.

5° L'histoire de ces méningites est encore incomplète. Ce sujet appelle de nouvelles recherches.

FAVUS DES PARTIES GLABRES COINCIDANT AVEC UN FAVUS DU CUIR CHEVELU.

RÉFLEXIONS SUR LE FAVUS INFANTILE.

Par le Dr Descroizilles, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

L... (Jean), âgé de 9 ans, fut admis en avril 1883, dans la salle Saint-Joseph qui faisait alors partie de mon service. En examinant cet enfant à la consultation, plusieurs semaines avant son admission définitive, j'avais découvert chez lui les signes d'une affection du cuir chevelu, caractérisée par une alopécie fort étendue et des croûtes assez épaisses, d'une nature équivoque. Mais l'examen des autres parties du corps avait dissipé tous mes doutes en me permettant de constater sur chaque épaule un véritable placard formé de concrétions de teinte jaune, à surface inégale, et dont l'aspect avait une signification précise. J'annonçai donc à mes élèves qu'il s'agissait d'un cas de favus qui, au premier abord, offrait certains traits d'analogie avec un impetigo et que ce favus, après avoir produit des ravages fort étendus sur le sommet de la tête, guérirait difficilement sur cette région, tandis qu'il serait assez aisé de le détruire sur les autres points du corps. La marche ultérieure de l'affection m'a démontré que mes appréciations étaient fondées.

Lorsque plus tard je revis le jeune malade à l'hôpital, aucun traitement sérieux n'avait encore modifié son état, et ma première impression fut confirmée sur tous les points. La partie supérieure du crâne était complètement dénudée ; la peau dépouillée de cheveux était rougeâtre et inégale ; on voyait à sa superficie de nombreuses dépressions séparées par des lignes saillantes, s'entrecroisant en différents sens. A la nuque, autour des oreilles, sur les régions temporales principalement, les cheveux, encore assez abondants, étaient ternes, desséchés et grisâtres. Sur les limites des portions du cuir chevelu déjà dénudées et de celles qui ne l'étaient pas encore, on apercevait de nombreuses concrétions d'épaisseur moyenne, d'un gris

jaunâtre, d'odeur fétide. Sur plusieurs points, ces concrétions avaient la forme de cupules se touchant par leurs bords, et cette particularité était à peu près suffisante pour qu'on pût affirmer l'existence du favus ; d'ailleurs aucune incertitude n'était plus permise, quand on examinait les épaules de l'enfant. A gauche et à droite du rachis, à 5 ou 6 centimètres de la ligne médiane et un peu au-dessous de l'épine de l'omoplate, on voyait une croûte épaisse de 40 à 50 millimètres d'étendue dans tous les sens, irrégulière dans ses contours, de coloration soufrée, sèche et résistante au toucher et exhalant, comme celles de la tête, une odeur très désagréable, comparable à celles de l'urine de chat ou de souris. Chacune de ces deux croûtes résultait de l'agglomération de 25 ou de 30 godets polygonaux, serrés les uns contre les autres, et dont la partie centrale était visiblement déprimée par rapport à leur zone périphérique. Sur le bras du côté gauche, 4 ou 5 godets semblables s'étaient développés ; mais ils étaient parfaitement isolés les uns des autres et avaient une circonférence arrondie. Plusieurs autres cupules de même nature existaient sur la partie antérieure et des deux côtés du thorax. Quelques-unes n'avaient pas plus de 3 ou 4 millimètres de diamètre ; les autres atteignaient des dimensions deux ou trois fois plus considérables. Au niveau du crâne, comme sur les autres portions du tégument envahies par l'éruption parasitaire, l'enfant se plaignait de démangeaisons assez vives, mais tolérables. Pâle et grêle de proportions, il était d'ailleurs fort bien portant ; ses fonctions de la vie végétative s'exécutaient normalement ; sur les parties restées saines la peau était fine et unie.

L'intelligence était peu développée et nous ne pûmes avoir que des renseignements incomplets sur les antécédents de la maladie. Ce jeune garçon habitait, nous disait-il, une chambre malpropre et humide à Plaisance, près des fortifications, dans une maison entourée de jardins et d'écuries. Il n'avait plus que son père qui, vivant d'une existence vagabonde et fort misérable, ne s'occupait pas de lui. Abandonné à lui-même,

fort mal nourri, il passait la plus grande partie de ses journées à errer en plein air.

J'ajouterai que des parcelles de croûtes furent examinées à l'aide du microscope et qu'on y découvrit les spores et les filaments tubuleux qui appartiennent à l'achorion Schœnleinii. L'existence de la teigne faveuse fut ainsi mise en évidence d'une façon irrécusable. J'essayai de la guérir par les frictions avec de l'huile de croton-tiglium, tout en prescrivant, au point de vue de l'état général, les toniques et une alimentation substantielle qui rendirent rapidement à l'enfant la vigueur et l'embonpoint dont il manquait.

Je fis d'abord appliquer sur les épaules, pendant plusieurs jours de suite, des cataplasmes de fécule de pommes de terre, afin de dissocier les croûtes qui, de chaque côté, recouvraient une partie de la région de l'omoplate. Ce résultat fut promptement obtenu et, après trois ou quatre applications, on vit ces concrétions se détacher et tomber en laissant à nu une surface rosée qui n'était plus masquée que par quelques pellicules d'un jaune pâle. J'agis de même à l'égard des godets isolés qu'on voyait, soit sur le bras gauche, soit sur le thorax ; on les ramollit à l'aide de cataplasmes de fécule ou de quelques gouttes d'huile d'amandes douces ; bientôt tous se séparèrent des couches sous-jacentes. Je fis frictionner alors tous les points qui avaient été primitivement recouverts de cupules isolées ou agglomérées, avec un cosmétique composé d'une moitié d'huile de croton et d'une moité de cire blanche et de beurre de cacao.

L'action de ce cosmétique produisit, comme presque toujours en pareille circonstance, une éruption de vésicules qui devinrent pustuleuses, puis furent remplacées par des croûtes qui ne tardèrent pas à tomber et à mettre de nouveau à nu les surfaces recouvertes par la matière favique. Les applications de cosmétique furent renouvelées à trois reprises, et de quinzaine en quinzaine, sur toutes les régions envahies qui ne conservèrent plus, après la troisième friction, qu'une coloration érythémateuse peu foncée.

Le traitement local, commencé dans les premiers jours de mai, fut continué jusqu'au milieu de juin. On pouvait croire que le favus avait été définitivement anéanti au niveau des épaules, des bras et de la poitrine lorsqu'on vit, à la fin de juin, se reproduire plusieurs godets dans les points où les deux placards s'étaient primitivement formés derrière les omoplates.

Un seul attouchement avec le cosmétique additionné d'huile de croton les détruisit, et, à partir du mois de juillet, l'éruption favique ne se reproduisit plus sur le tronc ni sur les membres. Le malade resta cependant longtemps encore à l'hôpital, mais il aurait pu le quitter au mois d'août, si l'état de son cuir chevelu ne l'y avait retenu.

De ce côté, en effet, la situation ne se modifia pas aussi favorablement que sur les parties dépourvues de poils ; mais je m'attendais à cette différence dans la façon dont les diverses localisations d'un même mal devaient procéder dans leur évolution. L'élément parasitaire avait déjà détruit les deux tiers ou les trois quarts de la chevelure, au moment où le jeune L... était arrivé dans nos salles. Les cheveux conservés n'avaient ni leur coloration, ni leur consistance normales, les parties latérales et antérieures du crâne étaient recouvertes de croûtes au milieu desquelles il était possible de reconnaître des godets faviques, déjà fortement déviés de leur type régulier. A côté de ces godets, une notable portion des concrétions déposées à la superficie du cuir chevelu avaient l'impetigo pour origine. Au dire du petit malade, la chute des cheveux remontait chez lui au moins à une année, tandis que la formation des godets sur les épaules était beaucoup plus récente. Quoiqu'il fut impossible de s'en rapporter complètement aux renseignements qu'il nous donnait, on pouvait être certain cependant, qu'au niveau des cheveux la maladie était déjà ancienne, et qu'il serait très difficle de remédier à ses ravages. Je commençai par faire couper avec des ciseaux la portion de la chevelure que la teigne faveuse avait respectée ; je fis tomber les croûtes sur toute la surface du crâne, à l'aide de frictions faites

tantôt avec l'eau de savon, tantôt avec une décoction de bois de Panama, plus tard avec la teinture de pyrèthre. Enfin on appliqua plusieurs fois le cosmétique, et l'huile de croton produisit, sur la tête comme sur le tronc, l'éruption vésiculo-pustuleuse qu'elle fait ordinairement naître. A différents intervalles, des concrétions jaunâtres se reproduisirent, et le cuir chevelu conserva un mauvais aspect. Cependant, vers la fin d'octobre, quelques cheveux très clairsemés, mais de coloration et de consistance plus satisfaisantes, commençaient à pousser sur le vertex ; la teinte érythémateuse diminuait, la surface dénudée était mieux nivelée ; autour des oreilles, à la nuque, près du front et des tempes, la chevelure se reformait assez vigoureusement, et on ne voyait plus naître, de temps à autre, que des lamelles d'eczéma ou d'impetigo legères ; on ne constataït rien qui ressemblât à des cupules faviques.

Comme l'état général de l'enfant était très bon, et qu'il m'était impossible de prolonger indéfiniment son séjour à l'hôpital, je l'en fis sortir à la fin de novembre. Il y était resté près de huit mois. Je ne me dissimulais pas cependant que, lorsqu'il serait rendu à son père, il ne trouverait pas auprès de lui les soins qui lui eussent été nécessaires et que, très probablement, les croûtes ne tarderaient pas à recouvrir de nouveau une partie de la surface du crâne. J'ai pu revoir le jeune garcon, il y a quelques semaines et, ainsi que je m'y attendais, j'ai constaté l'existence de nouvelles poussées d'impetigo discret sur les parties latérales et postérieures de la tête, mais je n'ai retrouvé sur aucun point des godets faviques, et j'ai inutilement cherché la trace des croûtes parasitaires qui avaient envahi, il y a près d'un an, les régions de l'omoplate et différentes portions du tronc et des membres supérieurs. On peut donc affirmer que le favus des parties glabres a été complètement détruit et que celui du cuir chevelu est enrayé pour longtemps. Suivant toute probabilité, de ce côté également, la guérison serait définitive et la chevelure se reproduirait dans de bonnes conditions, si l'enfant, dont la situa-

tion a été de toute façon notablement améliorée, trouvait autour de lui les conditions d'hygiène sans lesquelles on ne peut être à l'abri des récidives.

On rencontre de nombreux cas de favus à l'Hôpital des Enfants-Malades, mais on en observe très peu qui soient comparables à celui dont je viens de donner la relation. Les manifestations céphaliques de la maladie parasitaire ne présentaient ici qu'un intérêt de second ordre. Le champignon, en détruisant une partie considérable de la chevelure, avait produit des croûtes dont la nature eût pu rester douteuse, car il fallait beaucoup d'attention pour reconnaître, au milieu de ces concrétions, des cupules caractéristiques. Je pouvais cependant prendre pour base de mon diagnostic la teinte érythémateuse et l'aspect fortement mamelonné de la portion dénudée du cuir chevelu.

La calvitie qui succède à l'herpès tonsurant est d'une coloration grisâtre ou ardoisée ; à la surface de la peau, de nombreux débris de cheveux se présentent sous la forme de points noirâtres et saillants ; dans la pelade, les parties frappées de calvitie sont d'une nuance analogue à celle de l'ivoire, elles sont polies et luisantes.

La couleur rouge, les inégalités nombreuses du tégument n'appartiennent qu'au favus ou à quelque cas d'impetigo très ancien et très rebelle ; cette dernière maladie n'occasionne jamais que des dénudations circonscrites, tandis que dans le cas actuel la destruction absolue de la chevelure représentait au moins les deux tiers de son étendue. Mais l'existence des placards de couleur soufrée en arrière des épaules était, à mes yeux, un argument décisif. J'avais déjà vu souvent des cupules faviques, soit au niveau des sourcils, soit sur les reins ou sur les membres supérieurs, soit sous les ongles. Mais je n'avais jamais rencontré sur les parties glabres du corps que des godets isolés, ou des groupes de deux ou trois godets serrés les uns contre les autres, à la manière des cellules d'un épithélium pavimenteux ; sous plus d'un rapport, cette observation méritait d'être exposée dans tous ses

détails et elle me paraît devoir suggérer un certain nombre de réflexions sur l'affection favique, telle qu'on l'étudie sur le domaine de la médecine infantile.

On admet que le favus est une maladie des habitants de la campagne, tandis que l'herpès tonsurant affecte plutôt ceux des villes. Les faits que j'ai rencontrés jusqu'ici justifient absolument cette assertion. Les enfants qui se présentent à l'hôpital avec des atteintes de trichophytie sont fournis par tous les quartiers de Paris ; ceux chez lesquels la teigne favique s'est développée, nous arrivent exclusivement des zones excentriques, de la banlieue ou de la province. Je n'ai pas encore vu, depuis quatre ans, d'exception à cette règle, que le cas actuel est venu confirmer une fois de plus, puisqu'il s'agissait d'un enfant privé de toute espèce de direction, errant dans des terrains vagues, au milieu des fumiers et des détritus de toute nature.

On sait aussi que l'achorion Schœnleinii produit plusieurs sortes d'altérations qui permettent de reconnaître trois formes distinctes l'une de l'autre : le favus urcéolaire ou en godets, dans lequel les croûtes caractéristiques sont disposées de façon à ressembler en effet à des godets ou à des cupules, terminées par des lignes courbes quand elles sont isolées, par des lignes polygonales quand elles sont groupées ; le favus scutiforme, caractérisé par des godets rassemblés en grand nombre et serrés les uns contre les autres, de manière à constituer des carapaces très adhérentes aux parties qu'elles recouvrent, d'une dureté en quelque sorte métallique, et qu'on peut comparer à juste titre à des fragments de cuirasse ou à de petits boucliers ; enfin le favus squarreux, qu'on appelle aussi montagneux ou en galette, dans lequel l'abondance et la vétusté des matières exsudées sur les points que le parasite a envahis ont complètement dénaturé leur physionomie primitive, et les ont transformées en amas épais, raboteux à leur surface, d'un blanc sale et très analogues à du vieux plâtre ou à du mortier desséché. Chez notre malade, les trois variétés se réunissaient ; le favus squarreux occupait les parties

déclives de la tête, tandis que le sommet du crâne, ravagé le premier, était complètement chauve et profondément labouré. Sur le bras gauche, et à la hauteur des seins, on voyait des godets isolés de favus urcéolaire; enfin, en arrière des deux omoplates, on trouvait des plaques de favus scutiforme d'une étendue exceptionnelle. Je ferai remarquer que cette dernière variété doit exister bien rarement pendant l'enfance sur des parties du corps qui ne sont garnies que de poils rudimentaires, et, pour ma part, je n'en ai rencontré, jusqu'à ce jour, que cet unique exemple.

Autant le favus des parties glabres résiste peu aux moyens dont on se sert pour le détruire, autant il y a lieu de prévoir l'insuccès de ces mêmes moyens, lorsqu'on les applique au favus du cuir chevelu, qui, plus que toute autre affection parasitaire, désorganise la chevelure et la détruit souvent d'une façon définitive. On ne peut trop mettre en relief cette particularité du pronostic et l'on a pu voir, par la relation du fait actuel, avec quelle rapidité se désagrègent les croûtes placées en dehors de la tête, tandis qu'à la surface du crâne, la médication locale n'arrivait qu'à un résultat problématique et incomplet. Les enfants faveux que nous avons à soigner à l'hôpital appartiennent invariablement à des familles dénuées de toute ressource; ou bien ils n'ont plus de parents et manquent de soins, dès qu'ils ne sont plus dans nos salles; ils y restent souvent plusieurs années sans être guéris. Cependant, pour la plupart, ils ne sont pas totalement incurables et l'on est souvent surpris de voir les cheveux se reproduire après deux ou trois ans d'efforts en apparence infructueux. Le jeune garçon dont j'ai raconté l'histoire a donc été relativement moins malheureux que beaucoup d'autres, puisque l'on constatait chez lui, après cinq ou six mois de séjour dans notre service, une formation évidente de cheveux nouveaux qui n'occupaient encore, il faut l'avouer, qu'une zone très circonscrite. Je me hâte d'ajouter d'ailleurs qu'il n'est nullement à l'abri de la calvitie et que, très vraisemblablement, on le reverra plus d'une fois à l'hôpital; mais il serait injuste de

ne pas reconnaître que la thérapeutique lui a rendu de très grands services et l'on peut tirer de ce fait une déduction consolante : c'est qu'il ne faut pas désespérer des états les plus fâcheux en apparence, surtout lorsqu'ils n'ont pas encore été soignés et qu'un traitement topique, poursuivi avec prudence et opiniâtreté, est apte à corriger et à faire disparaître, au moins en grande partie, les calvities les plus considérables.

On peut combattre le favus à l'aide de l'épilation, et un grand nombre de cliniciens autorisés pensent encore que cette méthode est la meilleure. Je me garderai bien d'accuser cette opinion de n'être pas fondée, et j'ai tout lieu d'admettre au contraire que, sous beaucoup de rapports, elle est conforme à la vérité. Mais l'épilation ne réussit que si elle est très habilement faite; elle doit être répétée un grand nombre de fois et à des intervalles assez éloignés les uns des autres. La médication qui a ce procédé pour base, dure donc très longtemps, et cette longue durée est un inconvénient fort sérieux. D'un autre côté, je ne puis croire qu'il soit impossible de recourir à d'autres moyens ; je ne parle pas de la calotte de poix, procédé très douloureux dont personne n'aurait l'idée de se servir aujourd'hui, ni des bandelettes agglutinatives qui ont été à la mode à Lyon pendant quelque temps. Mais je suis persuadé que, dans un milieu, dans une localité où l'on n'a pas à sa disposition les ressources nécessaires pour que les épilations soient faites avec dextérité et avec suite, on peut appeler à son aide les frictions irritantes. A ce point de vue, le cosmétique composé, à parties égales, de matières grasses et d'huile de croton, est un instrument facile à manier et qu'on peut se procurer partout. Dans mon Manuel de pathologie infantile, et dans un autre travail que la *Semaine médicale* a publié, sur le traitement des affections parasitaires de l'enfance, j'ai exposé mes idées à ce sujet, j'ai rappelé combien ce cosmétique m'avait été utile dans le traitement de la trichophytie, j'ai fait voir, par des chiffres, que l'alopécie incurable, signalée comme très fréquente à la suite de ce traitement, déjà essayé avec succès par Ladreit de la Charrière, avait été presque sans

exemple dans mes salles. Il ne me semble pas démontré d'autre part, que l'épilation elle-même mette complètement les malades à l'abri des dénudations définitives. A ces frictions faites avec le cosmétique, il faut associer, comme on le fait pour la pelade et pour la teigne tonsurante, et comme je l'ai fait ici, les lotions excitantes, les mélanges composés d'alcool camphré, de baume de Fioraventi ou de romarin, de teinture de quinquina, de Baumé ou de cantharides. Mais ces lotions ne doivent être employées que lorsqu'on a le droit de supposer que le parasite est détruit, et lorsque les parties malades sont complètement dépouillées de croûtes et de lamelles. Pour faire disparaître le favus des parties glabres, le cosmétique à l'huile de croton me paraît être aussi un excellent moyen d'action ; mais on pourrait le remplacer sans inconvénient par la teinture d'iode, la teinture de pyrèthre, ou de l'huile de cade. Partout où il n'y a pas de véritables cheveux, les croûtes parasitaires se dissocient et se détachent facilement et rapidement. Leurs récidives sont encore moins redoutables que leur première apparition.

Je termine ici ces considérations auxquelles on m'accusera peut-être d'avoir donné trop de développement. Il me sera facile de me disculper de ce reproche, en rappelant que le favus appartient presque exclusivement à la pathologie de l'enfance, puisque la plupart des adultes qui en sont affectés ont subi une première atteinte du parasitisme avant l'âge de 15 ans. La maladie est assez bizarre et assez effrayante dans ses allures, pour qu'il ne soit pas sans utilité de s'appesantir sur les différentes formes qu'elle peut prendre, sur l'évolution qu'elle suit d'habitude, et sur les difficultés de son traitement. J'ai pensé que je ne pourrais trouver une meilleure occasion de dire ma façon de penser sur la question, étudiée à ces différents points de vue.

REVUES DIVERSES

Ueber die Verhütung und Behandlung der kindlichen Tuberculose und Scrophulose. (De la prophylaxie et du traitement de la tuberculose et de la scrofulose infantiles), par le Dr FORSTER, dans le *Iahrb. f. Kinderheilk.*, XXI Bd., 3 Hft., S. 318. (*Résumé.*)

Au point de vue du bacille, le seul auquel l'auteur se place, la prophylaxie et le traitement de la tuberculose et de la scrofulose, *sa sœur*, resteront dans un certain vague, tant que les questions relatives au mode de propagation du germe ne seront pas résolues. Le bacille ou ses spores sont-ils congénitaux, comme le prétend Baumgarten? Y a-t-il, ce qui paraît plus probable, un habitus, une structure héréditaire des tissus qui offre une vulnérabilité plus grande? La voie d'introduction est-elle l'inhalation, suivant l'avis de Klebs? Est-ce le tube digestif, ou encore une autre voie distincte des deux premières? Il est difficile de se prononcer actuellement d'une façon définitive par rapport à l'une ou l'autre de ces hypothèses et pourtant il est impossible de donner une solution rationnelle aux problèmes que suscite la prophylaxie de la tuberculose et de la scrofule sans avoir une idée nette de leur étiologie et de son processus spécial.

L'hérédité, dont l'explication a été plutôt compliquée qu'éclaircie par les nouvelles questions que soulève la découverte de Koch, est encore considérée par la plupart des médecins comme la principale cause des affections tuberculeuses. Le moyen radical qui consisterait à paralyser cette cause en empêchant légalement le mariage des phthisiques, des scrofuleux et de leurs descendants n'étant pas près d'être accepté par les mœurs, le médecin doit se borner à faire entendre un avis sérieusement motivé et le microscope viendra à son aide pour qu'il puisse donner cet avis avec conviction dans les cas douteux. De plus, averti comme il l'est, il pourra veiller sur les fruits des unions suspectes et les mettre *de bonne heure, de très bonne heure*, dans les meilleures conditions pour combattre l'aptitude de leur organisme à l'infection. Il y a une erreur très répandue qui a encore trouvé son expression dans la dernière réunion médicale de Wiesbaden, c'est que la tuberculose est un fait rare dans l'enfance.

Or, dans la plupart des autopsies d'enfants au delà d'un an, on trouve de la tuberculose qui s'est manifestée, pendant la vie, par de l'atrophie, de la scrofulose, des convulsions et qui même, surtout dans la lymphadénie bronchique, ne s'est manifestée extérieurement par aucun symptôme.

En dehors des cas d'hérédité manifeste, les deux points principaux du traitement prophylactique seront évidemment ceux-ci : combattre la prédisposition; empêcher l'infection.

Plus un organisme est affaibli, plus il est propre à contracter les affections tuberculeuses. On doit combattre cet affaiblissement par des moyens hygiéniques généraux : une nourriture convenable, un air sain et pur (tel qu'on le rencontre si rarement dans les diverses pièces de l'habitation et notamment dans les chambres à coucher de familles même relativement aisées et surtout dans les salles d'étude ou de récréation des écoles). On doit songer aussi à fortifier la musculature, surtout la musculature de la poitrine, à élargir le thorax. Il est à remarquer que la poitrine aplatie avec une faible musculature est un signe caractéristique de tuberculose, tandis que le thorax rachitique, très fréquent aussi dans l'enfance, présente au contraire avec un rétrécissement notable de sa portion inférieure un développement compensateur de la partie supérieure et cette forme de thorax, ordinairement accompagnée d'anémie, n'est pas une menace de tuberculose. Pour arriver à ce résultat, les *sanitaria* ruraux et les colonies de vacances sont d'une utilité démontrée; et au prix d'une faible dépense, pour les enfants des écoles, il y aurait à résoudre le problème de faire participer à ce bienfait les enfants de l'âge inférieur non encore soumis à la scolarité. Ce serait aussi un grand avantage pour les hôpitaux d'enfants s'ils possédaient pour l'usage particulier de leurs malades des colonies leur appartenant en propre.

On sait que le catarrhe chronique des organes de la respiration est une des causes prédisposantes les plus efficaces de la tuberculose, d'où résulte l'utilité de l'endurcissement rationnel au froid (air de mer) et d'un vêtement approprié (surtout en laine). (*A suivre.*)

Scrofule et syphilis, par le Dr Sebastiano Gamberini, dans la *Gazzetta med. ital., prov. ven.*, 1884, n° 8, d'après *Lyon médical* du 20 avril 1884.

Le Dr Gamberini démontre que les affections scrofuleuses, dans la majeure partie des cas, sont tout aussi bien une manifestation de l'infection tuberculeuse; de plus, il fait ressortir que la scrofule, considérée comme maladie infectieuse, a des rapports très intimes avec la syphilis.

Il compare entre elles les manifestations scrofuleuses et syphilitiques au point de vue étiologique, anatomo-pathologique et clinique, avec beaucoup d'ordre, de grands détails et une exactitude remarquable.

Il discute tout ce qui a paru depuis dix ans, soit en anatomie pathologique et en clinique, comme en micrographie et pathologie expérimentale sur la syphilis, la tuberculose et la scrofule; il applaudit aux résultats et constate les immenses progrès faits par la théorie parasiticide et l'expérimentation pendant ces deux dernières années; il arrive enfin aux conclusions suivantes :

« 1° Il n'y a aucune raison pour admettre un habitus spécial de la scrofule : les scrofules, appelées bénignes, soit de la peau, soit des muqueuses, ne sont pas autre chose que des processus phlogistiques ordinaires qui ne prouvent par eux-mêmes l'existence d'aucune diathèse. Quant aux autres maladies scrofuleuses, s'il en est encore dont la nature n'est pas bien déterminée, la plus grande partie d'entre elles cependant peuvent être regardées comme des manifestations localisées de la tuberculose.

« 2° Les affections scrofuleuses, comme les manifestations de la syphilis, ont toutes une origine infectieuse. Il existe cependant une différence importante entre le virus de la syphilis et celui de la tuberculose : le premier est de nature fixe; le second, au contraire, peut exister en dehors de l'organisme et se propager par l'air.

« 3° L'un et l'autre principe virulent, quand ils trouvent des conditions locales et générales propices à leur développement, agissent tout d'abord localement en produisant des altérations spécifiques, puis ils se généralisent, donnant lieu à des phénomènes plus ou moins graves et étendus.

« 4° Dans la tuberculose, la pénétration du virus dans la circulation sanguine s'effectue souvent d'une manière aiguë, en produisant des symptômes fébriles, comme dans le cas de tuberculose miliaire aiguë généralisée, qui, sous ce rapport, peut être comparée à la première manifestation de la syphilis : leur terminaison cependant est essentiellement différente.

« 5° D'autres fois, au contraire, l'infection tuberculeuse se développe sourdement, occasionnant des lésions spécifiques localisées à la peau, dans le tissu sous-cutané, dans les articulations et enfin dans les os : lésions qui constituent précisément la plus grande partie des affections scrofuleuses.

« 6° Ce sont les manifestations de la scrofule qui, par leur structure, par leur aspect, par leur marche, par la manière de se comporter cliniquement, par leurs terminaisons si différentes, présentent de remarquables analogies avec les produits de la syphilis tertiaire.

« 7° Quand la scrofule et la syphilis se rencontrent chez le même individu, dans le plus grand nombre de cas, les deux affections suivent l'évolution qui leur est propre, sans exercer l'une sur l'autre une influence réciproque. »

Le travail tout entier de Gamberini décèle une connaissance profonde de la clinique et représente exactement l'état actuel de la science sur ces questions si intéressantes et si délicates.

Zur Aetiologie des Eczems im frühen Kindesalter (De l'étiologie de l'eczéma dans le premier âge, par le Dr Bohn, de Kœnigsberg, dans le *Jahr f. Kinderheilk. und phys. Erzieh.*, XX B., I. H.

Le Dr Bohn traite d'une forme d'eczéma ayant surtout la tête ou la face pour siège, très commune, pendant la première année de la vie, ou plutôt pendant la période de l'allaitement et celle qui la suit immédiatement. Cet eczéma affecte toutes les formes qui sont propres à ce genre de dermatite, depuis celle d'une certaine rougeur, d'une certaine rudesse de la peau, jusqu'à celles, mieux caractérisées, qui sont connues sous les noms d'*eczéma rubrum*, *madidum*, *squamosum*; mais celle qui l'emporte sur toutes les autres, dans le premier âge, est la forme impétigineuse, constituée par de petites pustules, d'abord isolées, puis confluentes et agglomérées de manière à former des croutes jaunâtres. Dans cette forme, le *corium* sous-jacent est baigné par un liquide purulent ou muco-purulent, de nouvelles pustules se forment incessamment par lesquelles les croûtes s'accroissent toujours en étendue et en épaisseur, en même temps que la poussière, la graisse, le sang leur donnent une coloration grise, brune, verte, ou noire. Ces croûtes, soit séparées les unes des autres, soit réunies de manière à couvrir le crâne d'une calotte

et le visage d'un masque, constituent l'affection bien connue sous les noms de *crusta lactea*, croûte de lait; *porrigo larvalis* (Willan); *melitagra flavescens aut nigricans* (Alibert).

Il est rare de rencontrer chez les enfants l'eczéma généralisé, embrassant à ce degré toute l'étendue du corps, mais on trouve quelquefois des cas dans lesquels peu de places sont réellement à l'abri de l'affection, dans les diverses phases de son développement.

Quant à l'étiologie, la scrofule ne pouvait manquer d'être incriminée, d'autant plus qu'elle est réellement la cause de beaucoup de formes de l'eczéma infantile; mais elle n'a rien à faire avec l'eczéma dont il est question ici, puisque la scrofule agit faiblement dans la première année de la vie. Le rachitisme a des droits sur cette première année, mais il n'est pas la cause particulière de l'eczéma impétigineux.

Il suffit d'ailleurs de regarder les enfants atteints pour voir qu'ils n'ont rien à démêler ni avec la scrofule, ni avec le rachitisme.

Les nourrissons en question, le plus souvent élevés au sein, sont généralement de beaux enfants, aux formes richement développées, à la peau fraîche et colorée aux endroits non atteints. La maladie ne semble pas contrarier leur nutrition. Ils tettent bien, croissent en poids et percent leurs dents à temps. Le seul phénomène qui semblerait indiquer un état morbide est quelquefois un peu de paresse intestinale, produisant des selles rares, dures et moulées.

Pour l'auteur, les enfants ainsi atteints présentent tous les signes caracteristiques de la *polysarcie adipeuse*. On ne doit pas non plus négliger chez eux le facteur du *foie gras* qui a été révélé par les autopsies de ceux qui ont succombé à des maladies intercurrentes et qu'on peut d'ailleurs constater par la percussion et l'auscultation sur le vivant. Ce rapport constant, entre la polysarcie et l'eczéma de la première enfance, sans qu'on puisse établir bien exactement le lien qui les unit, est utilisé par l'auteur pour instituer le traitement de l'eczéma.

Dans les cas où la polysarcie et l'eczéma se produiront chez un enfant, il y aura lieu de régler la nourriture, d'abord par rapport à la quantité, ensuite par rapport à la qualité. Si l'enfant est nourri exclusivement au lait (lait de femme ou lait de vache), il sera bon de lui donner entre ses repas un peu de bouillon, de cacao, de légumineuse de Hartenstein (1er mélange), des soupes légères, et même un

peu de viande hachée. L'auteur a quelquefois appliqué à l'enfant dans ce cas une sorte de *Banting* et s'en est bien trouvé.

Le traitement direct de la paresse intestinale, qui accompagne parfois l'eczéma, a été pratiqué et a bien réussi. L'auteur a fait usage de lavements d'eau simple; il a prescrit aussi la rhubarbe et le sirop de *rhamnus catharticus;* comme applications locales, il recommande un mélange d'eau de chaux et d'huile de lin, par parties égales; un onguent de plomb et de zinc ou encore de vaseline dans lequel on a incorporé 20 0/0 de borax. Dans les cas d'eczéma généralisé, l'auteur proscrit formellement l'emploi des lotions et des bains chauds. Les lotions ou les bains doivent être froids ou tièdes.

Le rapport, qui semble bien établi entre la polysarcie et l'eczéma de la première enfance, sert donc à l'auteur pour s'orienter dans la question si difficile du traitement. Quant à expliquer ce rapport, il s'efforce de le faire, sans y réussir peut-être entièrement. Ce qui semble le mieux ressortir de ses explications, c'est l'influence de la constipation sur la production de l'eczéma. Il y a chez les enfants, ainsi affectés, de la paresse intestinale jointe à une faible sécrétion de la bile, due au *foie gras,* qui se rencontre souvent dans la polysarcie. Sous l'influence de ces causes un eczéma peut se développer, par suppression d'une excrétion naturelle, tout comme on le voit se produire chez les femmes dans leur âge de retour.

Vulvite aphtheuse chez l'enfant, et son traitement par l'iodoforme, d'après la *thèse* du Dr Sarazin (soutenue à Paris, en juillet 1883).

La vulvite aphtheuse, spéciale aux petites filles de deux à cinq ans, est surtout fréquente dans les hôpitaux.

Elle paraît avoir pour cause la rougeole dans les deux tiers des cas et devient elle-même souvent l'origine de la gangrène de la vulve.

Son pronostic, assez grave, comme on le voit, s'est sensiblement amélioré depuis qu'on la traite par l'iodoforme.

A l'aide d'un pinceau de blaireau chargé d'iodoforme, on couvre les parties, non détergées au préalable, d'une épaisse couche de cette poudre et on les éloigne du contact au moyen d'un léger tampon de charpie.

Ce pansement est renouvelé toutes les 24 heures, jusqu'à guérison.

Cette guérison se produit rapidement dans la région vulvaire. Quant

aux aphthes de la région périnéale, traités de la même façon, leur guérison, pour être moins prompte, n'en n'est pas moins sûre.

Le traitement général, qui doit marcher de pair avec le traitement local, contribue aussi puissamment à la guérison.

Icterus neonatorum (De l'ictère des nouveau-nés), par Hofmeier, dans le *Zeitschr. f. Gebürsthülfe und Gynæk.*, B. VIII; H. 2, D'après les *Archives of Pediatrics of Jersey city*. N. J. January 15, 1884.

L'auteur n'admet pas les théories courantes au sujet de l'origine hépatogène ou hématogène de la jaunisse. Il trouve qu'elles accordent une confiance trop absolue à des vues de l'esprit non encore corroborées par des faits et qu'elles sont partiales dans leur examen des phénomènes individuels ou des processus locaux. Voici le résultat de ses observations personnelles appliquées à des enfants ictériques pendant les dix premiers jours de la vie.

Il y a chez ces enfants une perte accentuée de poids pendant les tout premiers jours, avec une grande perte d'urée, des concrétions uriques et de l'albumine dans les urines.

Un phénomène qui se produit constamment, c'est l'excrétion avec l'urine d'une matière colorante jaune qui varie en quantité, suivant l'intensité de la maladie.

Toute faute commise dans l'alimentation de l'enfant est aussitôt confirmée par une spoliation albumineuse, accompagnée de perte de poids.

La spoliation albumineuse affecte l'albumine du plasma sanguin et même les globules rouges du sang ; ces derniers en proportion de la durée du processus morbide. Il y a aussi production intense de nombreux globules. Quoique la destruction des globules rouges du sang ne puisse être considérée comme une spoliation que dans le sens physiologique, l'épanchement avec l'urine de la matière colorante de la bile représente une perte véritable de l'un des plus importants facteurs de l'hématopoïèse, celui de la matière colorante du sang.

A ceci vient s'ajouter le commencement des fonctions de l'intestin, considéré comme un organe de digestion et un grand accroissement dans l'excrétion de la bile, laquelle est, dans l'espèce, fortement pigmentée.

De plus, il existe certaines conditions qui favorisent le passage de la bile dans le sang, d'où résulte finalement la décoloration de la

peau, laquelle se maintient pendant quelque temps chez les enfants mal nourris et faiblement développés.

Ce processus est toujours pathologique en ce sens que la bile, par rapport au sang, est une substance étrangère, mais il a une origine physiologique, en ce qu'il résulte de causes qui agissaient physiologiquement avant la naissance. Il y a peu d'enfants, d'ailleurs, qui soient assez fortement constitués pour suffire aux demandes de nouvelles fonctions qui sont adressées à leurs organes dès les premiers jours de la naissance. S'ils n'ont point l'appoint d'une forte constitution, leur ration journalière de nourriture ne suffit pas pour le mettre à même de répondre à ces exigences.

I microbi del vaiulo e della scarlatina (Les microbes de la variole et de la scarlatine). *Bulletino delle scienze mediche*, d'après l'*Archivio di patologia infantile*, gennaio 1884.

Depuis les recherches attentives de Coze, de Pelz, de Riess, de Klebs et d'Eklund, il semble établi qu'il existe pour la scarlatine un microbe spécial. Eklund a, en effet, publié une note sur les miasmes contagieux de la scarlatine, dans laquelle il dit avoir rencontré dans l'urine des scarlatineux, une grande quantité de corpuscules ovalaires ou ronds, incolores ou blanc jaunâtre, présentant dans le liquide de la préparation un mouvement rotatoire. En ce qui concerne la variole, l'analogie symptomatologique, clinique et expérimentale qu'elle a avec les autres processus morbides infectieux, a fait admettre pour elle un autre microbe que le temps et des expériences ultérieures pourront définitivement faire considérer comme lui étant exclusivement propre.

Garigione di crup con injezione ipodermica di calomelano (Guérison du croup par une injection hypodermique de calomel), *Italia medica*, d'après l'*Archivio di patologia infantile*, gennaio 1884.

Il est intéressant pour la pratique médicale de faire savoir que le professeur Scarenzio et le Dr Bosi, de Milan, ont guéri un enfant de 2 ans et demi, atteint de croup grave, avec une injection sous-cutanée de 5 centigrammes de calomel au bras gauche. Dans la période de vingt-quatre heures qui a suivi l'injection, le petit malade a expulsé la fausse membrane qui le menaçait de suffocation. L'*Italie médicale* fait des vœux pour que les médecins praticiens répètent cette expérience dans une affection aussi grave.

Ne difterite ne croup (Ni diphthérite ni croup). Observation d'un **cas probable de morve aiguë chez un enfant**, recueillie par le Dr BERGAMO, de Montesculaio, dans sa pratique de ville, en janvier 1883, d'après l'*Archivio di patologia infantile*, marzo 1884.

Il s'agit d'un enfant de 3 ans, au tempérament lymphatique, qui présentait un jetage de mucosité plutôt dense, par le nez, laquelle, d'après l'auteur, passait aussi de l'arrière-bouche dans l'estomac en grande quantité.

Les symptômes concomitants étaient : la rougeur de la face, une température un peu au-dessus de la normale, un pouls assez fréquent, le ventre mou, des urines limpides, la muqueuse nasale excessivement hyperhémiée, une sensation de pesanteur au niveau des sinus frontaux, les dents fuligineuses, les gencives turgescentes et rouges, un eczéma phlycténoïde du menton, les amygdales rouges, turgides et saignant au contact, le voile du palais congestionné, la voix nasonnée, l'intelligence un peu obtuse. Résultat négatif de l'examen de tous les autres organes.

Au deuxième jour on remarque, seulement à l'arrière-bouche, un exsudat d'un blanc éclatant, facile à détacher et qui ne persistait pas le soir.

Le troisième jour, il se manifeste de l'engorgement des parotides et des glandes sous-maxillaires, mais il n'y a pas de symptôme classique de la diphthérie.

Le quatrième jour, le mucus nasal est également abondant, jaunâtre, visqueux, inodore; le pouls est large et dépressible ; les amygdales sont maculées d'un mucus facile à détacher; l'eczéma du menton a pâli. Pas de changement notable d'aspect le cinquième jour.

Le sixième jour, les yeux sont demi-clos, le sommeil lourd, la respiration courte; l'isthme du gosier est rouge et sanguinolent avec ramollissement de la muqueuse; il y a de l'adynamie. A ces symptômes s'ajoutent, le matin du septième jour, de la douleur au front, de la sécheresse du gosier, deux traînées d'un gris cendré sur les tonsilles, des râles muqueux dans les bronches, le pouls petit et lent, l'abdomen déprimé, l'état général inquiétant. Une consultation médicale a lieu à 4 heures après midi et le diagnostic de rhinite phlegmoneuse est porté. Le malade meurt à 9 heures du soir. L'autopsie, qui aurait pu lever tous les doutes, n'est pas acceptée par la famille.

L'auteur déclare franchement qu'il n'a rencontré aucun cas semblable dans la littérature médicale, ancienne ou moderne. Après avoir,

avec un sens clinique peu commun, fait le diagnostic différentiel de la rhinite phlegmoneuse, du croup et de la diphthérite, il en arrive à exclure totalement, dans son cas, ces trois processus morbides.

Il est d'avis que dans le cas de son petit malade, il s'est agi de morve (*morva ou moccio*), après avoir comparé scrupuleusement les symptômes de la prétendue rhinite phlegmoneuse, avec ceux qui se rencontrent ordinairement dans la morve.

Cette hypothèse pourrait avoir sa raison d'être si l'on songe que l'enfant, pendant plusieurs heures de la journée, prenait ses récréations dans le voisinage d'un cheval employé à enlever les débris des olives. L'auteur n'a pu constater l'existence de la morve chez le cheval, mais il est permis de la soupçonner.

GOLDSCHMIDT. — **Beitrag zur Behandlung des Klumpfusses durch Osteotomie.** (**Contribution au traitement du pied bot par l'ostéotomie**). *In Centralbl. f. Chirurg.*, n° 17, avril 1884.

Dans sa dissertation inaugurale (Berlin, 1883), après l'exposition de l'évolution historique du traitement du pied bot, au moyen de la résection de la voûte du pied, l'auteur rapporte un cas d'extirpation de l'astragale et de l'os cuboïde dans le pied bot, observé deux ans après l'exécution de cette opération par E. Hahn. Le malade qui avait été laissé en 1881, avec la plante du pied, formant l'angle droit avec l'axe de la jambe, un raccourcissement de 5 centimètres et une ankylose du pied droit, marche très bien, sans douleur, avec un pied creux très accentué et un peu de boiterie, à cause de l'obstacle que l'ankylose apporte à l'évolution complète de son pied.

D'après les données d'un tableau synoptique des cas de résection de la voûte du pied employée contre le pied bot, tels qu'on les trouve dans la littérature médicale, l'auteur en arrive aux conclusions suivantes :

1° La résection de l'os cuboïde, pour le redressement du pied bot invétéré, n'est pas à recommander.

2° Le traitement opératoire du pied bot varus équin, très accentué, commence à l'excision cunéiforme d'une portion du col de l'astragale, en avant de la tête.

3° Dans les cas dans lesquels l'opération de Hueter n'a pas produit un redressement complet, il faut exciser le corps de l'astragale.

4° L'extirpation de l'astragale donne les meilleurs résultats esthétiques et fonctionnels.

5° Dans les cas très accentués, en dehors de l'extirpation de l'astragale, il faut aussi pratiquer l'extirpation de l'os cuboïde et du scaphoïde.

6° L'opération de Davis Colley doit être réservée pour les cas : 1° où l'articulation tibio-tarsienne est mobile, et où il n'existe pas de supination du talon ; 2° où il y a une ankylose osseuse entre le calcanéum et l'astragale.

Un cas d'ostéotomie sous-trochantérienne, d'après le *Centralblatt f. Chirurg.*, 1884, n° 17 (tiré de l'*Archivio di Ortopedia*, janvier 1884).

Jeune malade, âgé de 13 ans, affecté d'une ankylose de la hanche, après une coxalgie purulente guérie. Le membre inférieur gauche forme, avec la hanche, un angle obtus de 135°. Il a subi une rotation en dedans, et une adduction forcée ; le talon est élevé à 15 centimètres du sol ; tout le membre est très atrophié ; il est de 3 centimètres plus court que son congénère. Un coin de 2 centimètres et 1/2 de hauteur est enlevé au ciseau, au bord postérieur du grand trochanter, à 3 centimètres au-dessous de son sommet. Pansement de Lister. Extension avec contre-extension du membre sain. Plaie guérie en 20 jours. Après trois mois, la consolidation est établie, mais on ne trouve pas encore l'abduction satisfaisante. Aussi le cal est-il rompu sous le chloroforme. Après une consolidation de 1 mois et 1/2, le malade boite encore, mais il sort sans bâton.

Deux difformités rares du membre inférieur, traitées par l'ostéotomie, par le Dr PANZERI, dans l'*Archivio di orthopedia*, enero 1884, d'après le *Centralb. f. Chir.*, du 26 avril 1884.

Le premier cas est intéressant par la nature, le second par le degré de la difformité.

1° Consolidation imparfaite d'un décollement de l'épiphyse supérieure du tibia gauche, chez un homme de 20 ans. Le malade est tombé à l'âge de 12 ans et, depuis ce temps, n'a jamais pu marcher correctement. Le membre inférieur gauche est, au niveau de la ligne épiphysaire supérieure, dévié en dedans et en avant, il est de 7 centimètres plus court que le droit. Le malade marche avec une canne. Il peut à peine se soutenir sans appui. Ostéotomie linéaire, de haut en bas et de dedans en dehors ; bandage avec extension. Guérison par première intention, après cinquante jours, le malade est entièrement

guéri. Sa jambe gauche est de quatre centimètres plus longue qu'avant l'opération. Il marche bien, avec abaissement du bassin du côté le plus court et sans hausse-pied.

Il est aussi à remarquer que le raccourcissement du membre ne devait pas être attribué seulement à la fracture, et qu'un raccourcissement, dû à la croissance inégale des deux membres, était venu s'ajouter au premier.

2° Déviation rachitique considérable des deux membres inférieurs, chez une petite fille de 13 ans qui présentait, sur d'autres points du squelette, des signes d'un rachitisme intense. Les deux membres inférieurs, à peu près vers leur milieu, étaient déviés, formant une courbure à concavité externe, telle que l'enfant reposait sur le sol par le côté interne de la jambe et par le bord interne du pied. L'enfant ne pouvait pas marcher et ne pouvait se tenir debout qu'avec peine. Au moyen de l'ostéotomie cunéiforme, une bonne correction a été obtenue, d'abord à droite, puis à gauche, si bien que la petite malade peut marcher sans aide et qu'elle a gagné en stature 11 centimètres.

Des photographies, avant et après l'opération, ont été faites dans les deux cas.

Luxation du poignet droit en arrière chez un enfant de 11 ans, par le Dr U. Dartigolles (*Journal de médecine de Bordeaux*, 1883, n° 15).

Jeune garçon de 11 ans, tombé d'une hauteur de trois mètres, sur la paume des mains, portées dans l'extension. Fracture probablement incomplète de l'avant-bras gauche, redressée et consolidée après dix jours. Douleurs continues et aiguës au poignet droit. La main est légèrement fléchie; les deux premières phalanges des quatre doigts internes sont à demi-fléchies et les dernières dans l'extension; le pouce est dans l'extension et le blessé est incapable d'étendre les doigts.

Le poignet est déformé; à la partie antérieure se trouve une tumeur osseuse, au-dessous de laquelle la peau fait un pli transversal très marqué. La face postérieure présente aussi une tumeur osseuse. L'apophyse styloïde fait saillie en avant et en dedans. L'avant-bras droit est un peu plus court que le gauche.

Vu l'extrême rareté des luxations du poignet, M. le Dr Dartigolles demande l'avis du Dr Gille de Pressac qui porte avec lui le diagnostic luxation. La luxation est facilement réduite et maintenue dans la réduction.

VARIÉTÉS

— **Prix et concours**. — Le comité scientifique de Londres a mis au concours la question suivante : « *Découvrir la meilleure méthode par laquelle le virus-vaccin pourrait être cultivé, en dehors du corps des animaux, dans un milieu ou dans des milieux qui ne contiennent pas d'autres germes. Cette méthode doit être telle que le virus-vaccin puisse se cultiver et s'étendre indéfiniment par des générations successives et que le produit, après un certain nombre de vaccinations, conserve la même efficacité et les mêmes caractères que la lymphe vaccinienne.* »

Le prix est de 1000 livres sterling ; le mémoire devra être écrit en langue anglaise ou française et devra être adressé, dans la forme ordinaire des concours académiques audit comité, à Londres, du 1er au 31 décembre 1886.

— **La vaccine obligatoire au congrès de Berne**. — Dans le dernier congrès international tenu à Berne, du 27 au 30 octobre 1883, des professeurs de jurisprudence et de médecine, des représentants de l'Angleterre et beaucoup de notables personnes venues d'Allemagne, d'Angleterre et de France ont conclu qu'il y avait lieu d'*abolir la vaccine obligatoire*, comme cela a été fait dernièrement en Suisse. On s'est fait fort de produire les statistiques desquelles il résulte que, dans plusieurs cantons suisses, la mortalité dans l'enfance a diminué après cette abolition.

L'*Archivio di patologia infantile*, dans son numéro de novembre 1883, s'élève grandement contre ce mouvement rétrograde. Il voudrait que quelques-uns des grands municipes de l'Italie (Turin, Milan, Gênes, Naples, Rome, Florence, Venise), prît l'initiative d'un congrès spécial où serait discuté entre médecins hygiénistes, le *pour* et le *contre* de cette importante question.

— **Hôpital des Enfants-Malades**. — Le Dr Jules Simon a repris ses conférences de thérapeutique infantile le mercredi 23 avril, à 9 heures

Il les continuera les mercredis suivants à la même heure.

Le samedi, consultation clinique.

Le gérant : H. Lauwereyns.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy, successeur, 52, rue Madame et rue Monsieur-le-Prince, 14.

REVUE MENSUELLE

DES

MALADIES DE L'ENFANCE

Juin 1884

TRAVAUX ORIGINAUX

DE LA PROPAGATION DE LA DIPHTÉRIE A PARIS

ET DES MESURES QU'IL CONVIENDRAIT DE PRENDRE POUR L'ENRAYER (1).

Par M. le Dr Auguste OLLIVIER,
Professeur agrégé de la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

Dans une de nos dernières séances, — séance du 29 février, — j'ai appelé l'attention du Conseil sur l'extension toujours croissante de la diphtérie à Paris (2) et sur la nécessité de prendre des mesures contre elle. Permettez-moi de venir aujourd'hui vous donner la preuve de ce que j'ai avancé.

(1) Ce rapport adressé à M. le Préfet de police, président du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine a été lu dans la séance du 18 avril 1884.

(2) Je crois devoir rappeler que mon collègue et ami M. le Dr Ernest Besnier signalait déjà, il y a plusieurs années, l'augmentation progressive de la diphtérie à Paris. (Comptes rendus de la commission des maladies régnantes faits à la Société médicale des hôpitaux, passim.) De son côté, M. le Dr Jules Worms insistait en 1878, au Congrès international d'hygiène, sur l'extension de cette maladie dans les principales villes d'Europe.

I.

Tout d'abord, je ferai remarquer que les médecins qui exercent depuis longtemps à Paris ont été frappés de l'augmentation du nombre des cas de diphtérie ; la plupart de ceux que j'ai interrogés sont unanimes sur ce point. Aujourd'hui, on voit l'affection se déclarer à des époques de l'année où, antérieurement, elle n'existait presque jamais ; des quartiers, restés longtemps à peu près indemnes, sont intéressés pour ainsi dire d'une façon périodique.

Afin de mieux mettre en relief cette augmentation constante de la diphthérie, je donne le tableau suivant, que je dois à l'extrême obligeance de M. le Dr Jacques Bertillon, chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris.

Décès par croup, diphtérie, survenus à Paris.

ANNÉES.	NOMBRE absolu des décès.	Population calculée soit d'après les census, soit d'après les vivres consommés.	OBSERVATIONS sur la précédente colonne.	Sur 100.000 habitants combien de décès par diphtérie.
1865 ..	971			53.2
1866 ..	815	1.825.274	(Census.)	44.6
1867 ..	704	1.934.682	(Population calculée.) (Exposition univers.)	36.4
1868 ..	782	1.918.629	— —	40.8
1869 ..	811	1.981.570	— —	40.9
1870 ..			On n'a pas de renseignements complets sur les deux années.	
1871 ..				
1872 ..	1.149	1.851.792	(Census.)	62
1873 ..	1.174	1.836.629	(Population calculée).	63.9
1874 ..	1.008	1.911.089	— —	52.7
1875 ..	1.328	1.994.487	— —	66.6
1876 ..	1.572	1.988.806	(Census.)	79.1
1877 ..	2.393	1.973.304	(Population calculée.)	121.3
1878 ..	1.995	2.148.297	— — (Exposition univers.)	93
1879 ..	1.783	2.112.626	— —	84 4
1880 ..	2.158	2.183.080	— —	98.7
1881 ..	2.326	2.239.928	(Census.)	103.8
1882 ..	2.390	2.246.330	(Population calculée.)	106.4
1883 ..	1.951			87.6

Il ressort de ce tableau qu'en 1865, sur 100,000 habitants, on compte 53 décès par diphtérie, tandis qu'en 1883 il y en

a 87. Et encore cette dernière année n'a pas été la plus meurtrière, puisqu'en 1877, 1881 et 1882, la mortalité s'est élevée à 121, 103, 106.

Cette progression est surtout marquée depuis 1875. De 1875 à 1883, la mortalité a été presque double de celle des dix années précédentes.

La stastistique des deux hôpitaux d'enfants (hôpital Trousseau et Enfants-Malades) met également en évidence cette progression de la diphtérie, mais sa valeur est moindre, parce qu'il n'a été possible de l'établir d'une façon rigoureuse que depuis 1877.

Voici un tableau que j'ai dressé d'après les documents que MM. les Directeurs de ces deux établissements ont bien voulu mettre à ma disposition.

Statistique de la diphtérie dans les hôpitaux (hôpital Trousseau et Enfants-Malades).

Années.	Nombre total des entrées	Nombre total des décès.	Nombre des entrées pour diphtérie.	Nombre des décès par diphtérie.	Sur 100 entrées combien pour diphtérie.	Sur 100 décès combien par diphtérie.	Sur 100 diphtéries combien de décès.
1877......	7.069	1.656	993	624	14	37.6	60
1878......	6.788	1.501	951	612	14	40.7	64.3
1879......	7.087	1.563	1.042	609	14.7	42.7	64.2
1880......	7.897	1.759	1.182	790	15	44.9	66.8
1881......	7.878	1.767	1.337	888	16.9	50	66.4
1882......	8.075	1.676	1.375	852	17	50	62
1883......	8.070	1,675	1.341	810	16.6	48.3	60
				moyenne :	15.5	45.2	63.8
1er janvier au 20 mars 1883.	1.681	388	318	188	18.9	48.4	59
1er janvier au 20 mars 1884.	2.026	493	477	275	23.5	76	78.2

Ce tableau, bien que ne portant que sur un petit nombre d'années, fait cependant ressortir plusieurs points importants.

1° En 1877, sur 100 enfants entrant à l'hôpital, il y en avait

14 seulement atteints de diphtérie. Actuellement, la proportion est de 16 à 17.

2° En 1877, sur 100 décès, il y en avait 37 par diphtérie. Depuis 1881, on en compte 50 environ.

3° Sur 100 cas de diphtérie soignés à l'hôpital, la proportion de décès est restée sensiblement la même depuis 1877. Elle est en moyenne de 63,8 0/0. En présence de ce faible résultat curatif, on pourrait être porté à incriminer le peu d'efficacité des pavillons d'isolement et de tous les agents antiseptiques mis en usage. Mais je me hâte de faire remarquer que ce triste résultat n'est qu'apparent. En effet, le tableau précédent comprend les deux hôpitaux réunis et les pavillons existent depuis 1879 à Trousseau, et seulement depuis 1882 aux Enfants-Malades. Si l'on compare, comme il convient de le faire, la statistique isolée de chacun de ces hôpitaux, avant et après l'établissement du pavillon d'isolement, on trouve des chiffres plus consolants.

Statistique de la diphtérie à l'hôpital Trousseau.

Années.	Nombre total des entrées.	Nombre total des décès.	Nombre des entrées pour diphtérie.	Nombre des décès par diphtérie.	Sur 100 entrées combien pour diphtérie.	Sur 100 décès combien par diphtérie.	Sur 100 diphtéries combien de décès.
1876......	2.862	624	254	226	8.5	36.2	88.9
1877......	2.824	737	297	242	10.5	32 9	81.5
1878......	2.778	614	241	192	8.6	31.2	79.7
1879 (1)...	3.119	691	463	327	14.2	47.3	70.6
1880......	3.487	795	609	377	17.7	47.4	61.9
1881......	3.504	758	656	403	15.9	53.1	61.4
1882......	3.504	742	581	375	16.5	50.5	64.5
1883......	3.319	699	603	378	18.1	54.1	62.7
					13.75	44.0875	71.4
1er janvier au 20 mars 1883.	661	166	154	95	23.3	57.2	61.6
				moyenne :			
1er janvier au 20 mars 1884.	774	197	212	114	28.6	57.8	53.7

(1) Ouverture du pavillon.

Statistique de la diphtérie à l'hôpital des Enfants-Malades.

Années.	Nombre total des entrées.	Nombre total des décès.	Nombre des entrées pour diphtérie.	Nombre des décès par diphtérie.	Sur 100 entrées combien pour diphtérie.	Sur 100 décès combien par diphtérie.	Sur 100 diphtéries combien de décès.
1877......	4.245	919	696	382	16.3	41.5	56.3
1878.....	4.010	887	710	420	17.7	47.3	59.1
1879......	3.968	872	579	342	14.9	38.4	59.04
1880......	4.410	964	573	413	12.9	41.8	72.07
1881......	4.374	1.009	681	485	15.5	48.06	71.1
1882 (1)...	4.571	934	794	477	17.3	50	60.07
1883......	4.751	976	738	432	15.5	44.03	57.1
				moyenne :	15.7	44.44	64.97
1er janvier au 20 mars 1883.	1.020	222	164	93	16.07	41.8	50.5
1er janvier au 20 mars 1884.	1.252	296	265	161	21.1	54.3	60.7

(1) Ouverture du pavillon.

A l'hôpital Trousseau, la mortalité était, en 1876, de 88,9 0/0, en 1877, de 81,5 0/0, en 1878, de 79,7. En 1879, année de l'ouverture du pavillon, elle tombe à 70,6 0/0, pour décroître encore rapidement les années suivantes et rester au chiffre de 62,7 0/0.

Il en est de même à l'hôpital des Enfants-Malades. En 1880, la mortalité est de 72,07 0/0. En 1882, on ouvre le pavillon, et la mortalité tombe à 60,07 ; en 1883, elle a été de 57,1.

4° Il y a enfin un quatrième point que je tiens à faire ressortir, et qui montre également les progrès incessants de la diphtérie. Pendant les trois premiers mois de cette année, le nombre des cas soignés à l'hôpital a été considérable. Il est vrai que ce sont toujours des mois très chargés, mais il est aisé de voir qu'ils l'ont été plus que les années précédentes. Si l'on compare les chiffres de ces mois à ceux de 1883, on constate une augmentation notable, surtout au point de vue des décès. Tandis qu'en 1883 il y a 318 cas de diphtérie et

188 décès, en 1884 nous trouvons 477 diphtéries ayant donné 275 décès, c'est-à-dire une proportion de 70 0/0.

Avant de rechercher les causes de la progression croissante de la diphtérie, dont les statistiques que je viens de donner montrent si nettement la réalité, il convient, ce me semble, de se demander si cette progression tient à la maladie elle-même, à une modification des constitutions individuelles, créant une aptitude plus grande à la réceptivité du contage ou bien à des causes plus générales, pouvant favoriser au même titre la propagation et la diffusion de toutes les maladies contagieuses.

Afin de rendre plus facile la solution de cet intéressant problème, j'ai eu de nouveau recours à l'obligeance de M. le docteur Bertillon, qui a bien voulu me communiquer le tableau suivant, relatif à la mortalité de la rougeole, de la variole, de la scarlatine et de la coqueluche, comparée à celle de la diphtérie.

Ce tableau montre :

1° Qu'il existe une progression notable pour la rougeole et la coqueluche ;

2° Que le nombre des cas de morts par variole a notablement décru, sauf pendant les années 1880 et 1881, époques d'épidémie ;

3° Que les chiffres relatifs à la scarlatine sont à peu de chose près les mêmes, sauf certaines élévations correspondant également à des épidémies ;

4° Que le nombre des décès par coqueluche a suivi une progression régulière et presque constante.

L'amélioration, sous le rapport de la variole, s'explique aisément par l'énergie et la sûreté des mesures prophylactiques que nous employons contre elle.

Mortalité par maladies épidémiques, à Paris, depuis 1865 jusqu'en 1883 (Dr Jacques Bertillon).

ANNÉES	POPULATION recensée ou calculée d'après la consommation.	OBSERVATIONS	NOMBRE ABSOLU DES DÉCÈS					POUR 100,000 HABITANTS				
			ROUGEOLE	VARIOLE	SCARLATINE	COQUELUCHE	DIPHTÉRIE	ROUGEOLE	VARIOLE	SCARLATINE	COQUELUCHE	DIPHTÉRIE
1865.......	»	»	343	765	140	213	971	18.8	41.9	7.7	11.7	53.2
1866.......	1.825.274	(Census.)	824	581	82	188	815	45.1	31.8	4.5	10.3	44.6
1867.......	1.935.000	»	661	324	77	209	704	34.1	16.8	4	10 8	36.4
1868.......	1.919.000	»	653	638	132	235	782	34	33.2	6.9	12.3	40.8
1869.......	1.982.000	»	540	711	277	138	811	27.2	35.9	1.4	7	40.9
1870.......	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1871.......	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
1872.......	1.851.792	(Census.)	583	102	124	190	1.149	31.5	5.5	6.7	12.6	62
1873.......	1.837.000	»	561	17	86	75	1.174	30.5	0.9	4.7	4.1	63 9
1874.......	1.911.000	»	635	46	68	241	1.008	33.2	2.4	3.6	13.1	52.7
1875.......	1.994.000	»	686	253	88	293	1.328	34.4	12.7	4.4	14.7	66.6
1876.......	1.988.806	(Census.)	878	373	133	196	1.572	44.1	18.8	6.7	9.9	79.1
1877.......	1.973.000	»	652	136	92	519	2.393	33.1	6.9	4.7	26.3	121.3
1878.......	2.148.000	»	697	89	60	278	1.995	32.5	4.1	2.8	12.9	93
1879.......	2.113.000	»	917	911	95	271	1.783	43.3	43.1	4.5	12.8	84.4
1880.......	2.183.000	»	986	2.260	356	521	2.153	45.2	103.5	16.3	23.9	98.7
1881.......	2.239.928	(Census.)	925	1.041	447	489	2.326	41.3	46.5	20	21.8	103.8
1882.......	2.246.000	»	1.018	661	158	205	2.390	45.3	27.1	7	9.1	106.4
1883.......	»	»	1.058	458	91	664	1.951	47.1	18.7	3.7	27.2	87.6

Le caractère essentiellement capricieux de la scarlatine donne la raison de l'état stationnaire accusé par le chiffre de mortalité. En revanche, ce chiffre ne permet de rien préjuger sur le nombre réel des cas. De toutes les maladies contagieuses, la scarlatine est probablement celle dont le pronostic est le plus variable. Tantôt, disait Darwin au siècle dernier, elle est aussi bénigne qu'une piqûre de puce, tantôt elle présente la gravité de la peste la plus maligne.

Les faits qui précèdent montrant une augmentation presque égale dans les chiffres relatifs à plusieurs maladies contagieuses de nature différente, nous permettent de supposer, sans forcer l'analogie, à propos de la diphtérie, que l'accroissement du nombre des cas ne tient ni à la nature de la maladie, ni aux constitutions individuelles, mais bien à une facilité plus grande dans la transmission du contage. C'est sur cette transmission que nous allons nous arrêter.

Sans doute, nos conclusions ne sauraient avoir une précision mathématique, parce que nos renseignements sont malheureusement incomplets. Néanmoins on doit tenir compte, avant tout, des éléments suivants :

1° L'agglomération.

On peut dire que c'est là une cause banale, mais c'est à coup sûr une cause efficiente et essentiellement active. Plus il y a d'enfants dans un espace donné, plus les rapports sont fréquents, plus il y a de chance de voir des cas nombreux de diphtérie.

Il est difficile, en formulant cette proposition, de ne pas songer aux cités ouvrières, aux anciennes maisons de certaines rues, les rue de Montreuil et du faubourg Saint-Antoine, par exemple. Les enfants, c'est-à-dire les sujets les plus aptes à prendre la diphtérie, sont plus nombreux là que partout ailleurs ; de plus, les occasions de contamination se présentent à toutes les heures. L'isolement légendaire des habitants d'une même maison, à Paris, n'existe point dans les quartiers ouvriers. Qu'un enfant soit malade, c'est un va-et-vient continuel de petits voisins du même palier, et souvent du même

escalier, et de leurs parents. Il serait impossible de créer artificiellement, en supposant qu'on le voulût, des conditions aussi favorables à la propagation d'une affection transmissible. Qu'arrive-t-il lorsque les accidents se sont aggravés, qu'un médecin a vu l'enfant et a conseillé de le transporter à l'hôpital? Cinq ou six autres sont déjà pris; de sorte qu'en consultant les registres des hôpitaux d'enfants pour une époque donnée, on est absolument certain de trouver une série d'entrées de petits malades appartenant à une même maison ou à des maisons voisines.

Les enfants soignés à l'hôpital cessent d'être dangereux. Mais il en est d'autres qui, n'étant pas confiés à l'Assistance publique, sont traités à domicile. Pour eux, quoique les conditions qui ont si singulièrement aidé au développement de la maladie soient moins fâcheuses, parce qu'ils appartiennent à des familles plus aisées, mieux logées et veillant avec plus de sollicitude à la protection des autres enfants, pour eux, dis-je, ces conditions, malgré tout, existent toujours; et c'est peut-être en en tenant compte, qu'on arriverait à s'expliquer sans trop de peine la succession et la filiation des épidémies de différents quartiers, à différentes époques.

Un cas ne reste presque jamais isolé, dans l'acception rigoureuse du mot. Un enfant diphtérique contamine à peu près sûrement un ou plusieurs autres enfants : qu'un de ceux-ci se trouve lui-même dans un milieu propice, un milieu comparable à celui dont nous avons parlé, et voilà une épidémie créée. Le fait arrive d'autant plus facilement que, dans les centres de population, rien ne prévient le public de l'existence de ces cas isolés, rien ne l'avertit du danger et ne le porte à prendre des précautions contre lui.

2° Le mode de transport des malades.

A Paris, il y a un autre mode de propagation aussi certain et plus périlleux peut-être que le premier, parce qu'on ne s'en défie pas. C'est la contagion à la suite du transport des malades et par l'intermédiaire des voitures publiques. On en a cité des exemples d'une authenticité indiscutable à propos de la

variole. On en trouverait facilement à propos de la diphtérie. En voici un, très instructif, que je dois à l'obligeance de M. le Dr Ribemont. Le regretté professeur Parrot fut un jour appelé à donner des soins à trois enfants de la même famille atteints simultanément d'angine diphtérique; tous les trois moururent. En recherchant la cause de cette infection, M. Parrot découvrit que quelques jours auparavant, ces enfants avaient été conduits en promenade dans une voiture qui avait servi le matin même au transport d'un jeune diphtérique à l'hospice des Enfants-Assistés.

Notons que dans ce cas les sujets n'étaient déjà plus dans le milieu où fut prise la maladie, qu'un certain intervalle s'était écoulé entre le moment où le cocher avait débarqué le premier enfant à l'hôpital et celui où d'autres étaient montés dans sa voiture, que par conséquent, l'agent de la contagion enfermé dans un espace restreint avait conservé plusieurs heures son activité. Que doit-il arriver, lorsque des enfants malades et des enfants bien portants sont réunis pendant un certain temps dans un même véhicule? Il est impossible de méconnaître l'imminence du danger de contamination. Et cependant la chose arrive tous les jours, sur toutes les lignes d'omnibus qui passent au voisinage de certains hôpitaux. J'ai vu plusieurs fois des enfants soigneusement tenus sur les genoux de leur mère venir, souvent de fort loin, à la consultation des Enfants-Malades. Je les examinais quand c'était mon tour de service : ils avaient qui le croup, qui une angine diphtérique. Dans l'omnibus qui les avait amenés se trouvaient non seulement des adultes, mais encore d'autres enfants. Et personne ne se doutait du danger!

II.

Dès l'instant où il est démontré que la cause immédiate et ordinaire d'une maladie est la transmission d'un individu à un autre, dès l'instant où nous ne connaissons ni l'agent de cette transmission, ni le moyen de le détruire ou de le neutraliser, la prophylaxie rationnelle se trouve réduite à une

seule chose, l'isolement. Le meilleur moyen de ne pas prendre la variole, dit l'Ecole de Salerne, c'est d'éviter tout contact avec les varioleux. Reste à savoir jusqu'à quel point nous pouvons nous rapprocher de cet isolement absolu ou schématique dans les conditions mésologiques avec lesquelles nous devons compter : il est évident qu'il est impossible d'établir des mesures quarantenaires de quartier à quartier, de maison à maison, autrement dit de procéder pour la diphtérie comme on le fait pour la peste et la plupart des autres maladies exotiques dans les villes du littoral. Il serait également fâcheux de rester dans l'expectative, de ne point provoquer, à défaut de mesures radicales, des mesures d'atténuation dont l'utilité devient si frappante, comme on l'a vu à la suite de la création des pavillons d'isolement dans nos hôpitaux. Essayons d'établir les indications fondamentales sur lesquelles nous nous appuierons pour provoquer ces mesures utiles.

Il faut :

1° Rendre inoffensif autant que possible le malade lui-même et le milieu dans lequel il est soigné ;

2° Éviter que ses déplacements puissent créer un nouveau foyer dangereux.

A la première indication correspondent des mesures d'isolement et de désinfection qui, pour être employées contre plusieurs maladies contagieuses, n'en sont pas moins efficaces.

C'est la famille même qu'il faut avoir d'abord en vue : s'il y a plusieurs enfants, on aura soin de leur faire quitter la maison et surtout l'appartement dans lequel un cas s'est montré. Peut-être pourrait-on étudier certaines dispositions qui faciliteraient singulièrement la mise en pratique de cette mesure. Tous les médecins des bureaux de bienfaisance ou des sociétés de secours mutuels pourront porter le même témoignage sous ce rapport. On constate l'existence d'un cas de diphtérie, de rougeole ou de variole dans une famille d'ouvriers occupant un logement de une ou deux pièces : la première chose que l'on fait, c'est d'avertir le père ou la mère du

danger couru par les autres enfants, et de les engager à les envoyer ailleurs pendant quelques jours. Et quatre fois sur cinq, le père ou la mère répondent : — Comment voulez-vous que nous fassions ? les envoyer où? par quels moyens? — Malheureusement, le médecin est obligé, en face de ces questions, de se borner à conseiller le transport du petit malade à l'hôpital. N'y aurait-il pas quelquefois moyen de procéder autrement, de laisser soigner ce dernier à domicile et d'isoler ses frères et sœurs pendant quelques jours dans des asiles préparés dans ce but? Nous avons des établissements pour les enfants cachectiques ou affaiblis, des maisons de convalescence; ne serait-il point possible, sans trop grands frais, d'établir des services d'isolement pour les enfants bien portants de la ville, en cas de maladies contagieuses dans les familles pauvres ? Personne ne songe aujourd'hui à modifier la législation existante dans le sens de la séquestration nécessaire des malades, à créer des espèces de lazarets dans lesquels on ferait transporter, par autorité de justice, les enfants atteints d'affections contagieuses. Dans ce cas, il faut tenir compte des répulsions instinctives de certaines personnes pour les hôpitaux, de cette sollicitude plus touchante qu'éclairée qui fait que beaucoup de mères veulent continuer à veiller elles-mêmes leur enfant, à lui donner des soins, même lorsqu'elles sont dans les plus mauvaises conditions pour le faire.

Le mieux, c'est de tâcher que ce sentiment, assurément naturel et respectable, ne puisse être préjudiciable ni au reste de la famille, ni aux voisins ; c'est d'offrir l'isolement gratuit, c'est-à-dire l'éloignement momentané des enfants encore bien portants. Il va sans dire que le transport des malades à l'hôpital est toujours la première et la meilleure des précautions pour eux, surtout étant données les conditions actuelles de l'Assistance publique à domicile. Ajoutons que les frère et sœur d'un malade qui auraient été ainsi isolés, ne devraient être reçus à l'école qu'au bout de huit à dix jours, alors qu'on aurait la certitude qu'ils ne pourraient être eux-mêmes le point de départ d'une nouvelle épidémie.

Pour les moyens de transport, rien n'est plus simple. Il suffit d'étendre à la diphtérie les mesures prises pour la variole et d'attacher soit aux mairies, soit aux commissariats de police un nombre suffisant de voitures qui seraient mises gratuitement à la disposition des familles sur le vu d'un certificat du médecin constatant la nature de la maladie.

Jusqu'à présent, nous n'avons envisagé la question qu'au point de vue doctrinal et scientifique, sans nous préoccuper de l'application des préceptes formulés. Nous allons nous trouver en présence de difficultés contre lesquelles la statistique est impuissante. Un arrêté, un règlement de police sont fortement exposés à rester lettre morte, si leur exécution n'est assurée par de sérieuses dispositions pénales. Nous n'en sommes malheureusement pas là ; la législation sanitaire, si précise en Angleterre, en Belgique, en Allemagne, en Hollande, laisse encore beaucoup à désirer en France. Tout ce que nous pouvons faire, c'est de demander beaucoup à l'initiative privée, d'exposer dans des instructions précises et très simples les idées du Conseil sur la prophylaxie des maladies contagieuses et les précautions à prendre contre elles. Sans doute, nous n'aurons pas raison par ces procédés de la force d'inertie, des habitudes prises, des négligences volontaires. Le remède ne pourrait nous être fourni que par le pouvoir législatif, mais en admettant que la mauvaise volonté ne soit pour rien dans la dixième partie des cas, que l'ignorance seule soit le grand coupable, nous aurons quelques chances d'améliorer un jour cet état de choses, si nous popularisons par voie de la presse ou d'affichage, pour la diphtérie, une instruction analogue à celles que le Conseil d'hygiène a déjà rédigées pour la variole, la fièvre typhoïde et le choléra (1).

---

(1) Dans sa séance du 9 mai, le Conseil d'hygiène publique et de salubrité a approuvé l'instruction suivante sur les précautions à prendre contre la diphtérie :

Indications générales. — La diphtérie est une affection éminemment contagieuse.

Toute relation des enfants avec les diphtéritiques doit être évitée.

On ne connaît, jusqu'à ce jour, aucun médicament qui préserve sûrement de la diphtérie.

Il est important de surveiller attentivement le début de tout mal de gorge.

Il importe, surtout en temps d'épidémie, de nourrir les enfants aussi bien que possible, et de ne pas les soumettre à l'action prolongée du froid humide.

Conduite à tenir quand un cas de diphtérie se déclare dans une famille. — 1° Il est indispensable d'éloigner immédiatement toute personne qui ne concourt pas au traitement du malade, et surtout les enfants.

2° Les personnes qui soignent le malade éviteront de l'embrasser, de respirer son haleine, et de se tenir exactement en face de sa bouche pendant les quintes de toux.

Si ces personnes ont des crevasses ou de petites plaies, soit aux mains, soit au visage, elles auront soin de les recouvrir de collodion.

Elles se nourriront bien, et devront sortir plusieurs fois dans la journée au grand air. Elles prendront la précaution de se laver préalablement le visage et les mains avec de l'eau renfermant, par litre, 10 grammes d'acide borique ou 1 gramme d'acide thymique.

Enfin elles éviteront de séjourner nuit et jour dans la chambre du malade.

3° A Paris, les familles qui désirent faire soigner leurs enfants à l'hôpital, s'adresseront le plus tôt possible au poste central de police de leur arrondissement ou au commissariat de police de leur quartier, et il sera mis gratuitement à leur disposition, sur le vu d'un certificat de médecin, une voiture pour le transport.

Mesures de désinfection. — 1° Les matières rendues à la suite de quintes de toux ou de vomissements seront désinfectées à l'aide d'une solution contenant, par litre d'eau, 50 grammes de chlorure de zinc ou de sulfate de cuivre.

Les linges, vêtements, etc., souillés par le malade seront immédiatement lavés avec une de ces solutions, puis plongés dans l'eau maintenue bouillante pendant une heure au moins.

Les cuillers, tasses, verres, etc., ayant servi au malade devront, aussitôt après, être plongés dans l'eau bouillante.

2° Quelle que soit l'issue de la maladie, la désinfection de la chambre est indispensable. On fera des fumigations de la manière suivante :

Après avoir fermé toutes les ouvertures, on placera sur un lit de sable une terrine contenant des charbons ardents, sur lesquels on mettra une quantité de soufre concassé, proportionnelle à la capacité de la pièce (20 grammes par mètre cube).

La chambre restera close pendant vingt-quatre heures, puis sera largement aérée.

Les vêtements, linges, draps et couvertures ayant servi au malade seront désinfectés, avant d'être envoyés à la lessive, avec une des solutions indiquées précédemment.

Les matelas seront ouverts et laissés dans la chambre pendant la fumigation.

DIAGNOSTIC DES TUMEURS DE LA FOSSE ILIAQUE CHEZ L'ENFANT.

Par **P.-E. Launois**, interne des hôpitaux.

Il est en général facile de reconnaître l'existence d'une tumeur de la fosse iliaque chez l'enfant : le plus souvent, en effet, les parents ne la remarquent que lorsqu'elle a acquis un certain volume, gêne les fonctions du membre inférieur ou détermine de la claudication. Si on explore la fosse iliaque, on rencontre moins de difficultés chez l'enfant que chez l'adulte : chez le premier, la région est moins profonde, la paroi abdominale moins résistante que chez le second. Mais il est plus difficile de faire un diagnostic différentiel entre les diverses variétés de tumeurs et de les séparer des lésions qu'elles peuvent simuler, en particulier de la coxalgie. Pendant notre année d'internat chez notre maître, M. de Saint-Germain, nous avons plus d'une fois rencontré ces difficultés que nous venons de signaler et en particulier chez un petit malade dont nous rapportons plus loin l'observation. Elles sont notées avec grand soin dans les différents ouvrages que nous avons consultés et en particulier dans les thèses de M. Havage (1) et de M. Castex (2). Nous nous proposons dans cette courte étude d'exposer successivement les caractères des tumeurs de la fosse iliaque observées chez les enfants et ceux qui permetrent de les différencier des affections aiguës ou chroniques de la même région, qui peuvent être confondues avec elles.

L'*adénite iliaque* a été observée plusieurs fois dans le jeune âge ; on trouvera dans la thèse de M. Castex le résumé d'une observation fort intéressante ; M. de Saint-Germain a observé trois fois cette affection à l'hôpital des Enfants ; notre collè-

(1) Havage. *Étude clinique sur les tumeurs des os du bassin*. Paris, 1882.

(2) A. Castex. *Étude sur les adénites iliaques*. Paris, 1881.

gue et ami Walter deux fois à l'hôpital Trousseau. Les ganglions iliaques ne font pas exception et ils peuvent subir les mêmes modifications pathologiques que les autres ganglions, ceux du cou, par exemple. Les observations seraient certainement plus nombreuses si on prenait toujours le soin d'explorer la fosse iliaque, comme on le fait pour la région cervicale. C'est par la palpation surtout que l'on peut déterminer les caractères propres à l'adénite iliaque. Mais cette palpation « profonde et attentive, doit être faite dans les meilleures conditions (cuisses fléchies, bouche ouverte) » ; elle permettra de reconnaître l'existence de masses plus ou moins dures, le plus souvent séparables les unes des autres, mais accolées parfois et formant dans l'une ou dans les deux fosses iliaques des tumeurs d'un volume variable. Elles sont peu mobiles en général, et cette adhérence aux plans profonds peut être, comme le fait remarquer avec juste raison M. Castex, la cause d'erreurs de diagnostic. S'il survient de la périadénite, il existe alors un empâtement plus ou moins étendu, assez difficile à délimiter ; la palpation devient inutile et c'est par la pression seule que l'on pourra reconnaître l'étendue de l'induration. La consistance de la tumeur formée par les ganglions accolés est le plus souvent assez grande, mais elle peut se modifier et donner aux doigts une sensation de mollesse. Cette adénite profonde peut s'accompagner de lésions similaires dans les ganglions superficiels de l'aine, du cou, des aisselles : cette coexistence de lésions ganglionnaires est très importante au point de vue du diagnostic. Au début, on ne constate que les symptômes rationnels que nous venons d'énumérer; plus tard, il peut survenir des douleurs vives, de l'œdème, dus à la compression des nerfs et des vaisseaux avec lesquels les ganglions sont immédiatement en rapport. Il est beaucoup plus commun chez l'enfant d'observer une contracture des masses musculaires voisines, une immobilisation de l'articulation coxo-fémorale et une claudication plus ou moins marquée ; c'est dans ces conditions que l'on peut très facilement croire à une coxalgie au début. L'induration des ganglions

persiste pendant longtemps; toutefois, cette affection chronique peut se terminer par suppuration, et, le pus formé et cherchant une voie au dehors, des trajets fistuleux s'établissent et s'ouvrent dans le creux inguinal. Quant à la cause de cette adénite, elle n'est pas toujours facile à trouver : comme le fait remarquer M. Verneuil « le lymphatique unissant peut se comporter comme un simple aqueduc ». Tout en accusant, avec juste raison du reste, l'état général de l'enfant, on pourra parfois trouver une plaie, une excoriation occupant soit les membres inférieurs, soit les organes génitaux externes, soit la partie inférieure de la paroi abdominale. Dans le cas que nous rapportons plus loin, la lésion était survenue à la suite d'une circoncision dont la cicatrisation s'était fait attendre pendant plusieurs semaines. L'influence du traitement général est très grande dans ces cas et peut, elle aussi, servir à confirmer le diagnostic.

OBSERVATION I.

Adénite iliaque double et adénite inguinale, survenues chez un enfant de 4 ans 1/2, à la suite d'une circoncision.

Jacques G..., âgé de 4 ans 1/2, a été nourri au sein pendant huit mois; il est porteur d'une hernie inguinale et d'une hernie ombilicale. Il n'a jamais été malade, ne présente aucun antécédent héréditaire; ses parents étaient bien portants. Depuis sa naissance, il a, à plusieurs reprises, présenté des symptômes de balano-posthite dus à un phimosis congénital très accentué.

La circoncision a été faite le 29 juin 1882; la plaie a été pansée à l'aide de compresses imbibées d'une solution boriquée. Quinze jours après l'opération, la cicatrisation étant presque complète, on permet à l'enfant de se lever. Dans les premiers jours du mois d'août, le petit malade se plaint de douleurs assez vives dans le creux inguinal de chaque côté; il était d'ailleurs resté toujours un peu de rougeur et de gonflement de l'extrémité de la verge. Des accidents inflammatoires plus aigus surviennent, on craint la formation d'un abcès; des cataplasmes amènent une résolution complète en quelques jours. Mais on voit persister, au niveau de la partie inférieure de la verge, à la base du gland, une exulcération couverte d'une couche grisâtre. On remarque ainsi l'existence de tumeurs ganglionnaires dans les creux

inguinaux, trois du côté droit, deux du côté gauche. Des crevasses se forment dans le sillon situé à la base du gland, et bien qu'elles soient pansées à l'iodoforme, elles ont, au dire de la mère, plus de tendance à s'accroître qu'à se cicatriser.

En examinant l'enfant le 27 octobre 1882, à la consultation de M. de Saint-Germain, à l'hôpital des Enfants, nous constatons que le gland, à découvert, présente à sa surface une série de petites saillies granuleuses ; le méat, qui est le siège d'une inflammation chronique, est oblitéré par une mince pellicule blanchâtre ; la miction est d'ailleurs très douloureuse. A la partie inférieure, on remarque de chaque côté du frein de petites saillies molles, un peu fongueuses, saignant facilement, il faut noter aussi sur le côté gauche une cicatrice s'accompagnant d'une induration assez étendue des téguments. Dans le creux inguinal, trois tumeurs ganglionnaires font saillie sous la peau ; à gauche, deux autres tumeurs de même nature ; l'une d'elles a le volume d'une noix. Elles sont toutes très dures, très résistantes et indolores à la pression. La mère nous dit que leur volume a diminué, qu'elles étaient énormes et très douloureuses lorsqu'on s'est aperçu de leur existence. L'enfant étant couché sur le dos, on peut très facilement reconnaître, par la palpation, dans chacune des fosses iliaques, des tumeurs présentant les mêmes caractères : elles sont un peu moins volumineuses, mais plus nombreuses à droite qu'à gauche. Assez nettement séparées les unes des autres, elles sont très résistantes, assez mobiles, et si on exerce sur elles une pression même assez forte, on ne détermine aucune douleur. L'os iliaque est sain, il n'existe pas de contracture musculaire. L'enfant est pâle et sans énergie ; il a beaucoup maigri, malgré un appétit excellent. Assez souvent, au moment du repas, il a des vomissements qui se font sans effort. Le diagnostic était assez difficile, et on pouvait songer à une tumeur maligne de nature épithéliale, survenue à la suite d'une opération et s'accompagnant de généralisation vers les ganglions superficiels et profonds de la région. On se basa surtout sur l'état général du petit malade pour admettre l'existence d'une polyadénite scrofuleuse ; on ordonna de l'huile de foie de morue, du sirop antiscorbutique, de l'exercice, une bonne alimentation ; des frictions furent faites dans le creux inguinal avec une pommade iodurée.

La cicatrisation fut bientôt complète, mais les ganglions conservèrent toujours le même volume. Quelques mois après, l'enfant fut envoyé à Berk-sur-Mer, où il se trouve encore en ce moment. Une

lettre de M. Cazin, qui nous a été remise par le père de notre petit malade, nous a appris que l'état général était excellent, mais qu'on avait dû gratter les ganglions inguinaux.

OBSERVATION II.

Adénite iliaque chez un enfant de 8 ans; pseudo-coxalgie.
(Thèse de Castex, p. 61.)

L... (Louis), âgé de 8 ans, entre à la Pitié le 13 novembre 1876 dans le service de M. le Dr Verneuil.

Boiterie remontant à neuf mois. Un mois et demi auparavant, a eu une affection osseuse ou articulaire du pied sans suppuration. Il y a trois semaines, excoriation au pied droit par une bottine.

Très volumineux ganglions iliaques à droite, abduction légère, abaissement du basin, demi-flexion, ensellure. Rien dans l'articulation. Ce malade a des ganglions volumineux dans l'aisselle. Il a l'aspect strumeux.

Nous noterons, sans insister, une altération très rare des ganglions iliaques, la dégénérescence dont ils peuvent être le siège, lorsque le testicule présente lui-même une tumeur maligne.

L'*ostéosarcome* se rencontre chez l'enfant de 10 à 16 ans; s'il occupe le plus souvent les os longs des membres, il peut aussi se développer dans les os iliaques. Quelques observations sont consignées dans les bulletins de la Société anatomique; dans son mémoire si complet, M. Havage rapporte trois faits inédits de tumeur des os du bassin chez des enfants de 6 mois, 11 ans, 10 ans. Dans le chapitre qu'il a consacré à l'étude des tumeurs malignes de l'enfance, M. de Saint-Germain (1) cite plusieurs cas d'ostéosarcome qu'il a observés, soit en ville, soit à l'hôpital; il n'a jamais rencontré cette altération dans les os du bassin.

Lorsque cette tumeur existe, l'enfant se plaint le plus souvent de douleurs très aiguës et tenaces dans la fosse iliaque; les mouvements du membre inférieur correspondant au côté malade, d'abord gênés, deviennent impossibles.

(1) De Saint-Germain, *Chirurgie des enfants : Leçons cliniques*. Paris, 1884.

L'exploration méthodique de la fosse iliaque permet de reconnaître l'existence d'une tumeur dont la forme, le volume et la consistance sont très variables. « Les doigts perçoivent une crépitation plus ou moins fine et souvent aussi une véritable pulsation ou, pour mieux dire, un mouvement de soulèvement analogue à celui que l'on rencontre dans l'anévrysme. » La tumeur fait corps avec l'os et celui-ci peut être envahi dans toute son étendue. Son épaisseur est variable, elle est toujours considérablement augmentée; aussi, si on palpe avec soin la crête iliaque et l'épine iliaque antérieure et supérieure, on remarque que leur volume est le double ou le triple de celui que présente cette même portion de l'os du côté sain. Cette augmentation d'épaisseur d'une saillie osseuse très accessible, la fusion intime de la tumeur avec l'os, l'apparition d'une saillie à la surface externe du bassin, la vascularisation de la peau de la région sont autant de signes que l'on peut considérer comme pathognomoniques. Des troubles dus à la compression peuvent survenir (sciatique, œdème, constipation, rétention d'urine, etc.), et comme toute intervention chirurgicale est le plus souvent, sinon toujours impossible, la mort survient par le fait de la généralisation sarcomateuse. Parmi les observations que nous avons trouvées, nous avons choisi les trois suivantes, que nous empruntons à la thèse de M. Havage.

Observation III.

Ostéosarcome de l'os iliaque gauche chez un enfant de 6 mois.

(M. Rendu, in thèse de Havage, p. 112.)

F..., 6 mois. Os iliaque gauche. Durée : quatre mois.

Père et mère bien portants. Le grand-père maternel mort d'un cancer ulcéré de la jambe (deux ans après sa petite fille).

L'enfant est prise, en juillet 1878, d'une constipation tenace contre laquelle échouèrent tous les remèdes internes. Au commencement de septembre, la santé générale commença à être altérée (vomissements, amaigrissement, ballonnement du ventre, phénomènes d'obstruction intestinale lente.

Je constate sur la fesse gauche une tuméfaction qui déforme la hanche, et, au premier abord, ressemble à un abcès profond ; mais

il est facile de voir qu'il s'agit d'une tumeur osseuse. Le toucher rectal montre que la fosse iliaque gauche est envahie, ainsi que la région sacro-coccygienne.

Vers le milieu de septembre, rétention d'urine; nécessité de sonder l'enfant; augmentation rapide du volume de la tumeur.

Au commencement d'octobre, développement sur la tumeur d'une tuméfaction mollasse avec rougeur de la peau. Quelques jours plus tard, développement de tuméfactions analogues au niveau du maxillaire et de la voûte crânienne. Mort dans le marasme, vers la fin d'octobre.

Observation IV.

Ostéosarcome de fosse iliaque chez un enfant de 11 ans. (MM. Monod et Rendu, in thèse de Havage, p. 113.)

F..., 11 ans. Pendant sept mois, sciatique avec hyperesthésie et contracture musculaire, puis tumeur fluctuante dans la fosse iliaque ressemblant à un abcès ossifluent.

Ponction exploratrice : liquide foncé avec cellules sarcomateuses. Œdème. Généralisation osseuse et viscérale.

Observation V.

Ostéosarcome de l'os iliaque droit chez un enfant de 10 *ans.*
(*Bulletins de la Société anatomique*, 1866.)

F..., 10 ans. Os iliaque droit. Durée : six mois.

Début par des symptômes de coxalgie commençante. Plus tard, tumeur, œdème. Cachexie, eschare au sacrum. La tumeur s'étendait sur le sacrum, la colonne lombaire, le fémur. Veine cave inférieure oblitérée par un caillot volumineux. Tumeur dans le foie et les poumons.

L'*enchondrome* a été observé quelquefois, plus particulièrement chez les adolescents; Mareuse a observé cette tumeur chez une fille de 12 ans. L'enchondrome se rapproche par plusieurs de ses caractères de ceux que nous venons d'étudier, mais il en diffère cependant et nous ne pouvons mieux faire que d'emprunter à M. le Pr Verneuil (1) les quelques lignes suivantes : « On voit que la tumeur, née d'ordinaire sans

(1) Verneuil. Art. *Aine : Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, t. II, p. 315.

cause connue, soulève d'abord le pli inguinal au-dessus, au-dessous ou en arrière de l'arcade crurale ; que de là elle s'étend vers l'abdomen, la fosse illiaque, la cavité pelvienne, le triangle de Scarpa ; que fixée et fortement adhérente dès l'origine, elle conserve une dureté très grande tant qu'elle est d'un volume médiocre ; qu'elle offre au contraire des bosselures ramollies quand elle acquiert des dimensions considérables ; que circonscrite ou étendue, sa surface est toujours inégale, mamelonnée, rugueuse ; que, presque indolente pendant toute sa durée, elle ne détermine que des troubles mécaniques conséquents avec ses rapports et la direction dans laquelle elle progresse : gêne dans les mouvements de la cuisse, œdème, etc. »

OBSERVATION VI.

Enchondrome de l'os iliaque ayant débuté à l'âge de 12 ans (Mareuse, in *Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, VII, nos 5 et 6, 1876) (thèse de Havage).

F..., 16 ans. Pas de traumatisme. A 12 ans, apparition d'une petite tumeur dure au milieu de la branche horizontale du pubis qui s'accrut d'une façon continue ; consistance uniformément dure ; surface bosselée. Au bout de quatre ans, avait le volume d'une tête d'homme adulte et gênait la marche. Bonne santé générale. Pas de troubles des organes intra-pelviens, mais n'est pas encore réglée à 16 ans. Peau saine. La tumeur occupe la partie supéro-interne de la cuisse et gagne la tubérosité ischiatique en arrière ; en dehors, elle s'étend jusque dans le voisinage de l'épine iliaque. Consistance cartilagineuse avec quelques points présentant une consistance élastique. Adhère solidement par une base assez large aux os de la moitié droite du bassin, sentie par le vagin et par le rectum. Pas d'engorgement lymphatique, pas de gêne de la circulation veineuse.

La possibilité de faire mouvoir la tumeur en dedans et en dehors, bien que dans une petite étendue seulement, rendait vraisemblable qu'elle n'adhérait au pubis que par un pédicule ; aussi on se décida pour l'opération, qui fut pratiquée le 15 juin 1876 par le Dr Lücke.

La tumeur avait son point de départ à l'union du pubis et de l'ischion, c'est-à-dire en un point qui reste cartilagineux jusqu'à l'âge de 12 ans environ.

Le *fibrome* est encore plus rare et si nous le plaçons à la

suite des néoplasmes précédents, c'est pour rapporter la seule observation que nous avons trouvée : elle est due à H. Smith, qui l'a publiée dans *The Lancet* du 27 décembre 1873, p. 902 ; nous empruntons le résumé au tome XXIV, 6e série, p. 360, des *Archives générales de médecine*, 1874.

Observation VII.

Rétention d'urine chez un enfant âgé de 19 mois, déterminée par une tumeur fibreuse du bassin.

Le vendredi 28 novembre, M. Delatour, chirurgien interne, me pria de voir un enfant, âgé de 19 mois, qui avait une rétention d'urine. En l'examinant, je trouvai que la vessie était considérablement distendue, mais l'enfant ne paraissait pas souffrir. Le mercredi précédent, me dit-on, la mère de l'enfant, voyant qu'il ne pouvait pas uriner, le conduisit chez un médecin qui essaya en vain d'avoir de l'urine.

Le lendemain, elle se présenta à l'hôpital, et M. Delatour, pensant que la cause de la rétention résidait dans un phimosis très serré, divisa convenablement le prépuce; mais la rétention persista; alors il essaya d'introduire avec soin une sonde, mais sans succès.

J'essayai d'introduire un cathéter n° 3, avec ou sans l'aide du chloroforme, je ne pus y parvenir et je sentis nettement que la pointe de l'instrument déviait du côté gauche de l'urèthre. Le rectum me sembla notablement dilaté, et je sentis une dureté entre cet organe et la vessie, mais je ne pus la déplacer. Je pensai alors qu'il serait possible que le sang se fût épanché dans les différentes tentatives de cathétérisme, ou bien qu'une pierre était fixée au col de la vessie.

L'enfant fut admis à l'hôpital; malgré de nouvelles tentatives de cathétérisme restant toujours infructueux, je priai M. Bell, chirurgien assistant, de vouloir bien faire l'aspiration de l'urine à travers les parois vésicales distendues. Cette opération fut pratiquée et répétée deux fois, mais l'enfant s'affaissa graduellement et mourut quatre jours après son entrée.

L'autopsie nous montra que la cause de la rétention et des difficultés du cathétérisme était une grosse et irrégulière tumeur fibreuse interposée entre le rectum et la vessie. Elle semblait avoir pour origine le périoste du pubis et de l'ischion, s'était insinuée sous l'arcade pubienne, et avait repoussé l'urèthre contre l'ischion du côté gauche.

Cette masse solide avait plus de deux pouces de large. L'examen microscopique confirma le diagnostic de tumeur fibreuse.

Telles sont les principales variétés de tumeurs que l'on peut rencontrer dans la fosse illiaque de l'enfant; pour compléter cette étude, il faut rappeler que la *tumeur stercorale* est très rare dans le jeune âge. Elle présente dans sa forme et dans sa consistance des caractères particuliers qui la feront facilement reconnaître. La *typhlite* et *pérityphlite*, que l'on observe assez communément vers l'âge de 10 à 14 ans, peuvent donner lieu à un empâtement profond, assez étendu. Quelles que soient ses limites, il restera toujours assez éloigné de l'épine iliaque antérieure et supérieure et pourra conserver une forme allongée et cylindrique. Les commémoratifs, l'étude du début et de la marche de l'affection, l'existence de troubles intestinaux faciliteront beaucoup le diagnostic. La *tuberculose entéro-mésentérique* détermine la production d'une tumeur rénitente, à surface bosselée occupant surtout la partie moyenne de l'abdomen et ne descendant pas jusque dans les fosses iliaques. « Pour bien apprécier la disposition et les dimensions de l'intumescence, il faut saisir les parois abdominales entre les deux mains, qu'on applique symétriquement sur les deux flancs et qu'on rapproche ensuite petit à petit de la ligne médiane, jusqu'à ce qu'on saisisse entre elles l'agglomération ganglionnaire. » (Descroizilles) (1). Dans *l'ostéomyélite chronique* de la crête iliaque, il existe des trajets fistuleux; des séquestres sont éliminés; le stylet permet de reconnaître des portions d'os dénudé et plus ou moins mobiles; de plus l'affection a débuté par des phénomènes aigus fébriles très intenses.

Le diagnostic différentiel qui présente le plus de difficultés est, sans contredit, celui de la coxalgie. Dans plusieurs des observations que nous avons lues, on a noté, alors qu'il existait une tumeur de la fosse illiaque, des troubles dans les mou-

(1) Descroizilles. *Manuel de pathologie et de clinique infantiles*, p. 190.

vements du membre, de l'allongement, du raccourcissement, de la claudication, de l'ensellure, des douleurs irradiées dans le genou, en un mot la plupart des symptômes de la coxalgie. Il faudra alors explorer avec le plus grand soin l'articulation coxo-fémorale, comparer le volume des os du côté malade et celui que présentent les os du côté sain, rechercher la douleur par la percussion exercée, soit sur le grand trochanter, soit sur la plante du pied, la jambe étendue. On étudiera enfin les mouvements de l'articulation et en particulier le mouvement d'abduction. Cette recherche pourra demeurer infructueuse, surtout s'il s'agit d'enfants peu dociles. C'est dans ces cas qu'il sera nécessaire de recourir à la méthode que nous a si souvent recommandée M. de Saint-Germain. Le petit malade sera chloroformé et le médecin, n'ayant plus à vaincre la résistance et la contracture musculaires, pourra reconnaître s'il s'agit d'une affection intra ou périarticulaire et éviter ainsi une erreur de diagnostic.

NOTE SUR UN CAS DE LYMPHADÉNIE CUTANÉE LIMITÉE ET SANS GÉNÉRALISATION.

Par M. E. VALUDE, interne des hôpitaux.

D'après une observation recueillie dans le service de M. le Dr de Saint-Germain.

Pendant l'année de notre internat passée dans le service de M. le Dr de Saint-Germain, notre attention a été éveillée plus d'une fois, par ce maître si éclairé et si bienveillant, sur de véritables raretés pathologiques, comme la clinique en fournit quelquefois.

Voici une de ces rencontres qui n'en est pas moins curieuse pour avoir été entièrement fortuite et imprévue.

Un jeune garçon, d'une dizaine d'années environ, se présente, un matin du mois de mai 1883, à la consultation de M. de Saint-Germain. Bien portant d'ailleurs, gros et frais, ne paraissant nullement scrofuleux, il présentait, à l'entrée du

conduit auditif du côté gauche, une petite tumeur qui depuis quelques mois lui occasionnait des suintements d'oreille qui le gênaient beaucoup. En dehors de cette petite tumeur et de l'écoulement qui en était la conséquence, rien de particulier ne pouvait se remarquer chez cet enfant; on ne découvrit nulle part de tumeurs semblables, sa santé générale était parfaite. La tumeur, du volume d'une grosse fève environ, était lisse, un peu rosée, assez molle, pédiculisée largement par des attaches peu résistantes; en un tour de pince, M. de Saint-Germain l'arracha et l'écoulement sanguin fut minime.

L'enfant partit après cette petite opération, et depuis ce temps il n'est pas revenu; il y a donc lieu de croire que rien de nouveau n'est survenu dans l'état de ses organes.

Examen histologique. — La pièce, durcie dans la gomme et l'alcool, fut distribuée en coupes fines, lesquelles furent colorées au picro-carmin et montées suivant les procédés ordinaires.

A un faible grossissement (oc. 1, obj. 2, Verick), et en dirigeant son examen de la partie superficielle, épithéliale de la tumeur, vers sa profondeur, on observe les détails suivants : l'épiderme, d'un aspect et d'une épaisseur normaux, recouvre des papilles irrégulières comme forme et comme volume, mais qui semblent manifestement hypertrophiées. Au lieu de la forme conique ou cylindrique qui leur est propre, elles s'élargissent et figurent de grands prolongements étalés à extrémité papillaire très volumineuse et non acuminée. Le milieu de la papille est parfois le siège d'une petite dépression qui, si celle-ci est plus accusée, donne passage à un semblant de prolongement du corps muqueux de Malpighi. Ce prolongement indique qu'il existait là, autrefois, une cloison épithéliale, séparant deux papilles, qui se sont fondues en une seule par la disparition progressive de leur séparation. Sur bien d'autres points de la préparation, ce processus de fusion des papilles entre elles est des plus nettement indiqués. Là, on voit deux ou trois papilles presque réunies, et entre lesquelles subsiste encore un vestige de prolongement épidermique. Là, au contraire, où le

processus est plus avancé, l'épiderme est uni et sans dépression, l'absence de papilles semble être absolue, et cet aspect, dans un point où la lésion est plus marquée, résulte de la fusion complète de toutes les papilles préexistantes.

A la base des papilles, existe une assise de tissu fibreux, re-reconnaissable à sa coloration rosée et qui contient un stroma vasculaire extrêmement riche. Des coupes de la lumière des vaisseaux qui composent ce réseau vasculaire, se voient en grand nombre dans la préparation, au niveau de l'union de la base des papilles et du tissu fibreux du derme. De ce stroma vasculaire, qui contient des vaisseaux assez volumineux, partent des capillaires très nombreux qui montent perpendiculairement à travers les papilles; on en voit qui forment un pinceau de trois ou quatre éléments et qui se ramifient dans une seule extrémité papillaire élargie, indiquant par là que cette papille, unique maintenant, est composée de trois ou quatre papilles autrefois séparées et à qui étaient destinés chacun des capillaires isolés du pinceau vasculaire. Au voisinage de ces capillaires, près de leur extrémité, au sommet de la papille, on remarque des amas assez volumineux de cellules lymphatiques, très confluentes au centre de l'amas, et qui se disséminent peu à peu entre les mailles du tissu lamineux de la papille.

Ces sortes d'infarctus lymphatiques cessent au voisinage de la couche fibreuse du derme, à la base des papilles, pour reparaître à la partie inférieure de cette même couche fibreuse au point où celle-ci disparaît et où commence à se montrer le tissu propre de la tumeur. Là encore, comme dans les papilles, c'est autour de la lumière des vaisseaux que se montrent les amas de cellules lymphatiques; elles servent ici de transition entre le tissu fibreux du derme pauvre en cellules lymphatiques et le tissu particulier, que nous allons décrire, et qui est ici la partie caractéristique de la pièce qui est soumise à notre examen.

Ce tissu, qui compose la partie fondamentale de la tumeur, offre la structure du tissu adénoïde type. Le faible grossisse-

ment permet déjà de distinguer un stroma conjonctif, dont les mailles sont chargées de cellules lymphatiques sous lesquelles il disparaît complètement. Çà et là se voient les coupes de quelques gros vaisseaux. Enfin, en certains points, même à la profondeur de la tumeur, du côté de son adhérence aux tissus voisins, on voit courir des bandes de tissu fibreux dermique, qui indiquent : 1° que c'est par une infiltration entre les trousseaux fibreux du derme pur du tissu adénoïde, que s'est produite la tumeur, et en second lieu, qu'il existe une hypertrophie dermique très notable. Nulle part, dans l'épaisseur du tissu de néoformation, nous n'avons pu retrouver une disposition permettant de reconnaître les vestiges de glandes sudoripares ou sébacées.

Enfin, il est des points où les papilles, loin d'être tuméfiées, comme celles que nous avons décrites, sont atrophiées et réduites à un volume très minime. En ces points de la préparation, le tissu fibreux du derme s'applique presque immédiatement à la face inférieure du corps muqueux, et on remarque également une diminution dans la vascularité, en ces points, qui semble concorder avec l'atrophie papillaire. Le réseau vasculaire du derme est très raréfié, les capillaires efférents sont rares, et on ne trouve pas là, comme dans d'autres points de la coupe, des amas de cellules lymphatiques qui entourent la lumière des vaisseaux.

Un plus fort grossissement (oc. 1, obj. 8, Hartnack) permet d'étudier le caractère des éléments qui entrent dans la composition de cette tumeur.

Le derme qui constitue le corps papillaire hypertrophié, ou le tissu fibreux sous-papillaire, n'offre rien de particulier; nous avons vu que des capillaires en grand nombre, dont la paroi à noyaux est facilement reconnaissable, traversent verticalement les papilles et que parfois dans leur voisinage se produisent de véritables thromboses de cellules lymphatiques qui dissocient les éléments du tissu lamineux. Les éléments qui composent le derme sont ceux qu'on a cou-

tume d'y rencontrer : corpuscules étoilés du tissu conjonctif, fibres lamineuses, quelques fibres lisses et élastiques.

Nous porterons notre attention sur le tissu qui forme la partie essentielle de la tumeur, sur le tissu adénoïde, qui se présente ici avec tous les caractères qu'on lui connaît et auquel on a donné le nom de tissu adénoïde de His, ou tissu conjonctif réticulé.

Le stroma réticulé qui sert de charpente à ce tissu et qui reçoit les cellules lymphatiques, est formé de fibrilles de tissu lamineux, pâles, d'un calibre égal en tous leurs points, qui s'anastomosent avec leurs voisines par des ramifications latérales et terminales. Il en résulte un treillis assez serré et formant des figures irrégulières.

Aux points de jonction, aux nœuds, formés par ces fibres entre elles, il y a parfois un noyau qui marque la présence d'une cellule étoilée du tissu conjonctif; mais souvent il n'y a pas de noyau ni sur la continuité de la fibre, ni aux points de jonction de cette fibre avec les autres.

Sur ce stroma est appliqué un plasma composé de cellules lymphatiques, qui comble tous les interstices remplissant les cavités du réticulum, en recouvrant les mailles, de façon à faire entièrement disparaître la charpente lamineuse qui sert à les soutenir.

Les cellules qui composent le plasma sont de plusieurs sortes : les unes très volumineuses et munies d'un très gros noyau coloré vivement, tranchant sur un protoplasma plus pâle ; d'autres, dans lesquelles le noyau occupe presque entièrement le corps cellulaire, si bien que la présence du protoplasma n'est accusée que par l'existence d'un double contour à la périphérie du noyau. D'autres enfin qui semblent réduites à leur noyau, très coloré et volumineux. Ces cellules, qui sont désignées sous le nom de cellules lymphatiques, permettent, par leur disposition, de comparer la structure de la tumeur à celle d'un ganglion.

Dans le réticulum on voit un assez grand nombre de vaisseaux, dont les uns, gros, se reconnaissent pour des artères

d'un certain calibre. Les capillaires qu'on y remarque offrent ceci de particulier que leurs parois servent de point de départ et d'attache aux mailles du réticulum. On voit nettement les fibrilles lamineuses venir s'implanter sur les parois du capillaire, et cette implantation se fait communément au niveau du noyau des fibres qui composent la paroi vasculaire.

Cette disposition et celle que nous avons constatée dans le réticulum lui-même, qui fait que le point de jonction des fibres correspond ordinairement à un noyau, montre que les fibrilles de ce réticulum ne sont autre chose que des ramifications plus ou moins allongées des cellules étoilées du tissu conjonctif. Les points où existent les noyaux correspondraient au centre de ces cellules.

La tumeur, dont nous avons rapporté peut-être un peu longuement l'étude histologique, nous a paru des plus intéressantes par ce fait, que sa nature la range à côté de ces tumeurs particulières qui constituent ces affections décrites en dermatologie sous le nom de lymphadénie cutanée ou de mycosis fongoïde. Cette dernière affection offre cependant bien des points par lesquels ses manifestations ne se rapprochent en rien de ce qui a été observé chez notre malade. Les divers auteurs qui ont traité cette question du mycosis fongoïde, Alibert le premier en 1833, puis ensuite, pour ne citer que les principaux, Bazin dans ses leçons cliniques en 1851 et Demange, dans un travail plus récent datant de 1874, décrivent cette affection comme une maladie redoutable caractérisée par l'apparition d'une plus ou moins grande quantité de tumeurs adénoïdes dans l'épaisseur du derme, par le développement progressif d'une cachexie, qui finit presque toujours par emporter le malade. — Rien de ce tableau si noir dans le fait qui nous occupe; la santé était parfaite, sauf le petit inconvénient qui résultait de la présence de cette sorte de polype dans le conduit auditif externe. La tumeur, de plus, était unique, et nulle part ailleurs nous n'en avons retrouvé sur le corps de notre petit malade. — Enfin, disons aussi que les

caractères objectifs de notre tumeur étaient peu comparables à ceux des tumeurs caractéristiques de mycosis fongoïde.

Celle-ci était rosée, assez molle, attachée par un pédicule assez lâche. Le mycosis fongoïde se manifeste par des tumeurs venues rapidement par poussées, assez tendues, d'une couleur rougeâtre livide, assez semblables à des tomates mûres.

Nous pensons donc que la structure histologique est le seul point de contact entre la tumeur que nous avons décrite et le mycosis fongoïde. D'un côté, un ensemble de symptômes graves, cachexie, apparition d'un nombre plus ou moins considérable de tumeurs rouges, tendues, s'effectuant sur des plaques eczématiformes ou lichénoïdes développées antérieurement; de l'autre, évolution accidentelle d'une tumeur assez petite, unique, rosée, ne donnant lieu à aucun retentissement sur la nutrition générale et ne causant de la gêne au malade que par une pure action irritative de présence.

C'est pour ces différentes raisons qu'au nom de mycosis fongoïde, dont la signification est bien connue, nous avons préféré celui de lymphadénie cutanée, qui peut permettre de séparer le fait qui nous occupe de ceux qui sont décrits par les dermatologistes.

Cette dernière expression n'est pas nouvelle, nous la trouvons dans Cornil et Ranvier, qui pensent que cette affection peut être curable et que les lésions peuvent disparaître sans laisser de traces, en raison de ce fait que les tumeurs qui les constituent sont développées aux dépens des éléments du derme.

Dans le cas qui nous occupe, et où il semble que le tissu lymphadénique ait pris naissance accidentellement dans le derme, sans apparition d'aucune autre tumeur sans cachexie, la guérison ne peut faire aucun doute et la restitution *ad integrum* des tissus doit être parfaite.

REVUES DIVERSES

Il diabete zuccherino nella prima infanzia (**Le diabète sucré dans la première enfance**), d'après le Dr Bergesio, de Bologne, par le Dr Gius Somma, dans l'*Archivio di patologia infantile.* — Maggio 1884. Ann. II, fasc. 3. (Résumé.)

La rareté du diabète sucré chez les enfants, constatée par les plus anciens auteurs de pédiatrie, a été un peu atténuée par les observations de Gerhardt, de Bouchardat, de Bouchut, du professeur Cantani, de Griesinger et, plus récemment, de Küls. Chacun de ces auteurs rapporte des cas incontestables de cette maladie dans le premier âge. La pathologie de l'affection a été traitée pour la première fois en Italie, dans un travail de fond, appuyé sur une observation clinique très exacte, par le Dr Bergesio de Turin.

Cet auteur pense que la pathologie infantile doit conserver la distinction établie entre le diabète sucré essentiel et symptomatique. Chez les enfants, la forme essentielle du diabète est très rare parce que, suivant l'auteur, les causes aptes à engendrer cette forme de méliturie n'agissent que peu ou point pendant le premier âge. Au contraire, le diabète chez l'enfant est souvent consécutif à d'autres processus pathologiques, surtout à l'hydrocéphalie, aux traumatismes cérébraux, à l'hérédité, à la dysenterie.

Au contraire des adultes, chez les enfants le diabète est plus fréquent dans le sexe féminin que dans le masculin, ce qui tient, d'après Bergesio, à la vulnérabilité générale plus grande dans le sexe féminin.

Au point de vue de la symptomatologie et de l'anatomie, l'auteur convient qu'il n'y a pas de différence entre la méliturie infantile et celle des adultes. L'analyse des urines est, dans l'un comme dans l'autre cas, le principal moyen de diagnostic.

Relativement au pronostic, l'auteur affirme, en quoi il semble dans le vrai, que la gravité de la maladie est en raison inverse de l'âge de l'enfant, surtout à cause des difficultés que présente la cure réparatrice dans un âge trop tendre. Il s'ensuit que l'évolution du diabète sucré est assez rapide dans le premier âge ; elle comprend un espace de temps entre trois semaines *minimum* et deux au *maximum*.

Quant aux indications thérapeutiques, l'auteur, passant en revue toutes celles auxquelles ont donné naissance les diverses opinions des auteurs sur la pathogénie du diabète sucré chez les adultes, dit que la thérapeutique infantile est encore plus radicale que celle des adultes, par rapport à l'exclusion des farineux. Il énumère les divers remèdes préconisés pour la cure de la glycosurie, comme le vin de quinquina, l'acide chlorhydrique (Bouchut) ; les alcalins, sous forme de poudre ou de solutions liquides (Gerhardt, Griesinger, von Altenbrenner), le sulfure de fer (Heine), l'opium et ses alcaloïdes (Rollo, Franck et Tommasini), la glycérine (Gerhardt), l'huile de foie de morue. La diète antidiabétique peut être modifiée suivant l'âge de l'enfant. Les petits malades seront soumis au régime de la viande et privés d'aliments glycogéniques ; comme l'observation de ce régime est très difficile pendant les deux premières années de la vie, l'auteur propose, pour cette période, la diète lactée. Après le sevrage, il propose : les bouillons avec des jaunes d'œufs, des légumes comme le navet, les choux, les raves, les salsifis, les cerises, les fraises, les groseilles, les amandes et les noix. Il n'est pas éloigné de recommander l'hydrothérapie.

Le travail ci-dessus analysé est suivi d'une observation clinique recueillie par l'auteur (Bergesio) sur une petite fille de 4 ans 1/2, affectée de diabète sucré et qui revint à la santé par le seul effet de la diète carnée. (*Gazette médicale di Torino.*)

Pneumonie septique des nouveau-nés et des enfants à la mamelle. — Conclusions du Dr Silbermann, d'après l'*Archivio di patologia infantile.* Maggio, 1884.

La pneumonie septique des nouveau-nés et des nourrissons marche toujours de concert avec la trachéo-bronchite et doit être considérée comme une pneumonie catarrhale et, dans l'immense majorité des cas, comme une pneumonie résultant de l'introduction de corps étrangers.

Elle est le produit de l'aspiration dans l'arbre aérien d'un liquide amniotique ou d'un liquide vaginal putrides, ou de la respiration d'un air fortement infecté par la septicité de la mère.

Elle se développe souvent en même temps que les affections de la plèvre et rarement en même temps que des affections d'autres or-

ganes, contrairement aux autres septicémies des enfants à la mamelle qui se distinguent par la multiplicité des foyers d'infection.

Les alvéoles pulmonaires et les bronches des enfants morts par pneumonie sceptique sont pleines de bactéries agglomérées.

Le sang de ces enfants présente une notable abondance de leucocytes et un déchiquetage, une dissolution accentués des globules rouges du sang.

L'ictère n'accompagne pas constamment la pneumonie septique.

La pneumonie septique des nouveau-nés se manifeste le plus souvent de un à dix jours après l'accouchement.

La terminaison fatale est inévitable. Elle arrive dans la majeure partie des cas le troisième ou le quatrième jour de la maladie.

La pénétration rapide des substances septiques dans les poumons des nouveau-nés est favorisée par l'occlusion glottique insuffisante et par la brièveté de la bronche principale, ainsi que de ses accessoires.

La grande diffusion du processus septique dans les poumons des nouveau-nés est favorisée par la desquamation épithéliale de la muqueuse bronchique, très active au début de la vie, et par la faiblesse de l'acte expiratoire, due à la débilité musculaire des jeunes sujets.

The incubation and transmission of Diphtheria (Incubation et transmission de la diphtérie), par le Dr J.-H. Salter, dans le *Brit. Med. Journ.*, de décembre 1883. D'après le Dr Emmet Holt, in *Archives of Pediatrics*. 15th March 1884.

Une ferme, distante de toute autre habitation de plusieurs centaines de yards (le yard, environ 9 centimètres), était occupée par une famille composée des père et mère, de quatre enfants et de trois servantes. Il n'y avait pas eu, avant le début de l'épidémie, de communication avec une maison où se trouvât la maladie. La localité était élevée en altitude, sèche et sans épidémie de voisinage. Le 24 octobre, on remarqua, chez un enfant de 11 ans, des signes indubitables de diphtérie, après un malaise de deux jours. Le lendemain, le père et un autre enfant furent atteints. Les 26, 27 et 30 octobre, les servantes furent, l'une après l'autre, saisies par la maladie.

On apprit par l'enquête que le 19 octobre, trois jours avant que le premier enfant montrât des symptômes de diphtérie, une femme

d'un autre village avait rapporté de l'ouvrage de couture, qu'elle avait pris à faire chez elle, dans son cottage, où se trouvaient deux enfants malades. L'un de ces deux enfants mourut, à peu près subitement, d'une maladie qui fut appelée bronchite; l'autre, examiné par le médecin, officier de police médicale, présentait des signes bien marqués de diphtérie. L'enfant qui mourut avait été, récemment, voir des amis, dans une ville éloignée où régnait la diphtérie. L'infection semble donc avoir été importée par la couturière. Elle habitait à deux milles de là, et ne fut pas atteinte elle-même par la maladie.

L'auteur rapporte un autre cas de transmission par un tiers, qu'il a observé en 1875. Une servante appartenant à une maison dans laquelle la diphtérie régnait d'une manière intense, et qui s'était largement employée à soigner les malades, alla se reposer quelques jours, dans la famille de sa mère, à trois milles de là. Bientôt après, plusieurs enfants de cette famille furent atteints par la maladie et trois en moururent. Ces trois cas formèrent le noyau d'une épidémie grave, et la servante elle-même fut prise un mois après.

Mediastinal Emphysema and Pneumothorax in connexion with Tracheotomy (Emphysème médiastinal et pneumothorax dans leurs rapports avec la trachéotomie). Communication du Dr CHAMPNEYS à la *Royal medical and chirurgical Society* (*Lancet*, 15 th.Déc., 1884), d'après le Dr EMMETT HOLT, in *Archives of Pediatrics*, March 1884. (*Résumé.*)

L'emphysème du médiastin a été trouvé, par le Dr Champneys, 16 fois dans 28 cas d'autopsies après la trachéotomie. Toutes les autopsies ont été faites sous l'eau. Dans deux cas, le pneumothorax fut observé, sans pourtant qu'il y eût d'emphysème médiastinal. L'emphysème était très développé dans ces deux cas; dans plusieurs des cas, sinon dans tous, la respiration artificielle a été pratiquée.

A ce propos, le Dr Fowler a fait remarquer, que depuis deux ans il a noté l'état du médiastin dans 20 cas de mort par diphtérie, pour lesquels la trachéotomie avait été pratiquée 16 fois (13 fois par le haut, 3 fois par le bas). L'emphysème s'était présenté dans quatre cas par le haut, et dans deux cas par le bas; le pneumothorax avait été constaté dans deux cas de la première, et dans deux cas de la seconde série. Parmi les cas d'emphysème, la respiration artificielle avait été pratiquée dans trois seulement. Un cas présentait un intérêt spécial, parce que tous les signes décrits par le Dr Champneys s'y

rencontraient, quoique aucune trachéotomie n'eût été faite. Il y a donc une autre cause possible de l'entrée de l'air dans le médiastin que la plaie du larynx, et cette cause ne peut être autre chose que la rupture du poumon. La rupture de la plèvre, consécutive à celle du poumon, a causé le pneumothorax.

Le Dr Douglas Powell dit que dans sept cas de mort par diphtérie, après la trachéotomie, observés dans sa pratique l'emphysème médiastinal s'est montré deux fois. Dans l'un de ces cas, le tube avait été, pendant quelque temps, déplacé de la trachée après l'opération. Chez un autre sujet (un petit garçon de 11 ans), l'emphysème vint promptement, suivi de mort quelques heures après.

Le Dr Champneys, en terminant la discussion, dit qu'il a spécialement traité de l'emphysème qui suit la trachéotomie. Le trajet suivi par l'air dans cet accident a été constaté par une expérience. En faisant pénétrer de force le tube sur le côté de la trachée, on ne manque pas de produire l'emphysème. La période dangereuse de l'opération commence, après la division de l'aponévrose cervicale profonde, au moment de l'introduction du tube. Quant à l'emphysème sans trachéotomie, il ne peut être que d'origine expiratoire.

Sore Throat in Children (Le mal de gorge chez les enfants), par le Dr Henry Ashby, *in the Practitionner* (Lond., Dec. 1883), d'après les *Archives of Pediatrics*. March 1884. *Résumé.*

Variétés du mal de gorge, d'après le Dr Henry Ashby.

1° Amygdalite ou tonsillite simple.

2° Tonsillite scarlatineuse.

3° Angine pseudo-diphtérique.

4° Diphtérie.

I et II. Enfants faibles et strumeux. Complication plus fréquente d'aeffctions de l'appareil digestif que de l'appareil respiratoire. Très souvent le prodrome d'une attaque de rhumatisme peut résulter de l'invasion du virus scarlatineux. A preuve 8 cas se produisant dans une salle d'hôpital en peu de jours. Infirmières atteintes. Le premier petit malade atteint avait été exposé à la scarlatine vraie, quelques jours auparavant. Chez aucun des sujets, il n'y eut d'éruption et l'un d'eux, qui était dans un mauvais état général, mourut.

En raison de la difficulté, quelquefois de l'impossibité de diagnostiquer l'angine scarlatineuse de la tonsillite simple, l'auteur

recommande l'isolation de tous les enfants atteints de mal de gorge fébrile, tant que la congestion de l'arrière-gorge persiste. Les points en faveur de la scarlatine sont : le vomissement et la diarrhée pendant le stade d'invasion; un pouls de 130 à 160 pulsations; la haute température n'est oas nécessaire; injection marquée des piliers, de l'arrière-gorge et des amygdales; enfin le gonflement des ganglions lymphatiques cervicaux, douloureux au toucher. Si la membrane muqueuse nasale est prise, s'il y a un exsudat jaunâtre sur les tonsilles et sur la luette, le diagnostic de scarlatine est rendu certain.

III et IV. Les cas pseudo-diphtériques ressemblent à la diphtérie comme l'angine simple ressemble à l'angine scarlatineuse. Ils règnent là où règne la diphthérie, sous l'influence du gaz d'égout ou de tout autre poison. Dans l'angine pseudo-diphtérique, les ganglions cervicaux sont rarement pris, la membrane est moins rude; la muqueuse nasale n'est pas affectée; l'urine ne contient pas d'albumine, et les autres phénomènes consécutifs de la diphtérie sont absents. Dans la scarlatine, il n'y a ordinairement que peu d'albumine dans l'urine; dans la diphtérie, il y en a souvent 50 pour 100.

Déviation de la cloison nasale. (*Société de chirurgie*, séance du 7 mai 1884.)

M. Berger. — La déviation de la cloison nasale est une infirmité peu connue, et cependant, lorsqu'elle existe, elle détermine une série de troubles souvent fort gênants pour le malade, et qu'il importe de guérir. Comme je viens d'opérer un malade porteur de cette infirmité, j'ai pensé qu'il ne serait pas sans intérêt de vous communiquer le cas en vous faisant part de quelques réflexions. Je tiens à dire que les diverses considérations qui vont suivre m'ont été en grande partie suggérées par M. Duplay.

La déviation de la cloison nasale est la conséquence de la déviation de l'extrémité inférieure du vomer; elle est donc osseuse et non cartilagineuse, ainsi que le supposent encore beaucoup d'observateurs. Les sujets qui en sont atteints se présentent avec un air embarrassé, respirant difficilement et la bouche ouverte, leur nez est camard.

A l'examen, on constate que l'une de leurs narines est bouchée par une saillie formée de deux parties distinctes : l'une antérieure et supérieure, blanc nacré, élastique, cédant sous le doigt, c'est le carti-

lage ; l'autre, inférieure et postérieure, dure, rouge, ne cédant pas au doigt, est constituée par la pointe du vomer.

La narine opposée paraît plus large qu'à l'état normal, mais cet élargissement porte surtout sur la partie antérieure au niveau du cartilage. Elle fait défaut en arrière au niveau de l'os, ce qui prouve que ce dernier est non seulement dévié, qu'il est encore épaissi : dans son ensemble, il a quelquefois 1 centimètre 1/2 d'épaisseur.

Les fosses nasales ne présentent pas de grandes lésions dans le reste de leur étendue. J'ai cependant noté une incurvation de la partie supérieure du vomer, du côté opposé à la narine oblitérée, ainsi que du coryza chronique des deux côtés. L'arc palatin est très étroit, la voûte palatine est ogivale, les dents incisives sont déviées les unes vers les autres. Il semble qu'il y ait eu primitivement une insuffisance du développement des maxillaires, avec diminution de la hauteur verticale des fosses nasales. C'est sous l'influence de cette insuffisance que le vomer, trop à l'étroit, se contourne en forme d'S italique.

Les troubles fonctionnels sont assez sérieux : la respiration est très gênée, sifflante, et ce sifflement s'entend à distance, surtout après les efforts, les applications intellectuelles, etc. Il en résulte un bruit désagréable qui fait que les malades sont le plus souvent un objet de répulsion pour les personnes qui les entourent. La voix est nasonnée, le coryza chronique retentit souvent du côté de la trompe d'Eustache et détermine une certaine dureté de l'ouïe. Il y a du larmoiement dû à un défaut d'appel des larmes par le courant aérien qui traverse la narine. Enfin, chez les jeunes sujets, il se produit souvent, à la suite de la gêne respiratoire, une véritable déformation thoracique.

Les auteurs qui ont traité cette maladie, Chassaignac, Halluy, par exemple, se sont surtout attaqués au cartilage, qu'ils ont refoulé ou réséqué sans grand succès. M. Duplay m'a engagé à m'adresser à la partie osseuse, et c'est ce que j'ai fait sur un malade que vous allez pouvoir examiner dans un instant.

La résection du vomer offre de réels avantages. Pratiquée en un point où les fosses nasales sont le plus larges, elle n'a pas besoin d'être très étendue, et d'ailleurs, à ce niveau, la difformité que l'on produit est à peine visible.

L'opération se fait de la façon suivante :

On relève très fortement le lobule du nez, de façon à découvrir la

saillie du vomer, puis on place contre cette saillie la lame d'un ciseau étroit que l'on pousse avec force, de manière à enlever un copeau osseux aussi volumineux que possible. Si cette première manœuvre est insuffisante, on la renouvelle, dût-on ainsi perforer la cloison. Il résulte de l'opération un abondant écoulement sanguin que l'on arrête par le tamponnement.

Les suites opératoires sont des plus simples, et au bout de huit jours le malade, complètement guéri, respire librement.

M. Verneuil. — La déviation de la cloison nasale est, en effet, une difformité très pénible en même temps que très choquante, et qui offre, en outre, cet inconvénient que, prise le plus souvent par les médecins pour un polype des fosses nasales, elle donne lieu à une série de manœuvres essentiellement préjudiciables.

J'ai publié jadis un travail sur cette question, et autant que je me le rappelle, ce qui m'avait surtout frappé dans l'autopsie que je fis d'un homme qui avait présenté cette difformité pendant sa vie, c'est que la déviation, et par conséquent l'oblitération, était double.

La cloison des fosses nasales, en effet, présentait la forme d'un *S* italique, disposé de telle façon que l'une des courbures touchait le bas de l'une des narines, tandis que l'autre courbure touchait le haut de la narine opposée.

Cette difformité semble due à un défaut de proportion entre la longueur de la cloison et la hauteur des fosses nasales.

Peut-être pourrait-on amener le redressement de la courbure supérieure, en supprimant la courbure inférieure par une opération.

M. Berger. — Un de mes malades présentait, en effet, cette déviation double dont nous parle M Verneuil, et l'une des narines était oblitérée en bas, l'autre en haut. Il m'a suffi de rendre la perméabilité à la narine oblitérée par sa partie inférieure pour guérir mon malade, aussi me suis-je abstenu de toute autre intervention. Dans le cas où cette première opération serait insuffisante, peut-être pourrait-on perforer la cloison à sa partie postérieure, de manière à établir une communication entre les deux narines, mais je doute fort que l'on ait jamais l'occasion de faire cette seconde opération. Les malades se trouvant suffisamment bien après la première, ils ne demandent pas autre chose.

Zur Aetiologie einiger Mundkrankheiten und zur Hygiene der Mundhohle bei neugeborenen Kindern (Contribution à l'étiologie de quel-

ques affections de la bouche et à l'hygiène de la cavité buccale chez les enfants nouveau-nés), par le professeur Dr Alois Epstein, médecin en chef et directeur de la Clinique infantile à l'hôpital des Enfants-Trouvés, à Prague. In *Prager Medicinisch. Wochensch.* 1884, n° 13.

Non seulement la muqueuse de la bouche et du gosier est exposée chez l'enfant aux affections ordinaires de cet organe, mais ces mêmes affections prennent, dans les divers âges de l'enfant, un caractère de distinction tellement tranché qu'on pourrait poser presque en principe cette proposition : des irritations de même nature agissant sur la muqueuse buccale de l'enfant à des âges différents amènent des affections différentes.

Celles de ces affections qui frappent le premier âge se recommandent particulièrement à l'attention du praticien à cause de leur grand retentissement sur la nutrition et à cause de la possibilité, constatée par l'expérience pour l'auteur, d'en préserver les petits enfants.

Ces affections sont : l'*érythème simple* de la muqueuse buccale, la *stomatite catarrhale*, la *gangrène circonscrite* au niveau de l'angle postéro-inférieur du palais (*aphthes de Bednar*; *plaques ptérygoïdiennes de Parrot*), toutes les altérations notables de la muqueuse buccale, et enfin le *muguet*. Il est commode de considérer ces diverses affections comme des symptômes ou des complications de la stomatite des nouveau-nés, assimilation qui n'est pas, du reste, démentie par la clinique puisque la plupart du temps ces affections apparaissent ensemble et ne se différencient ensuite que par leur marche.

Le *catarrhe de la cavité buccale*, le plus important des symptômes de cette stomatite, se terminant le plus souvent par l'érythème de la muqueuse de la bouche, sous l'influence de l'air, de la succion, de la tendresse des organes, du travail de desquamation épithéliale commencé aussitôt après la naissance, est une des affections les plus communes des nouveau-nés. Il est ou purement local, ou lié à une affection générale du tube digestif qu'il précède, accompagne ou suit, ou enfin consécutif à une maladie générale.

Unies au catarrhe et pouvant être alors considérées comme l'expression de son intensité, mais souvent aussi isolées de toutes manifestation catarrhales, le plus souvent dans les vingt-quatre heures qui suivent la naissance, on voit apparaître les altérations typiques des portions postéro-latérales de la voûte palatine, connues sous le

nom d'aphtes de Bednar. Dans leur forme la plus légère, ce sont des taches blanchâtres rondes, assez nettement circonscrites, de la grosseur d'une lentille, dont l'épithélium troublé, boursouflé, demi détaché, représente cet état bien caractérisé par les auteurs français sous le nom de *ramollissement*. Entre cette légère desquamation et l'infiltration, la nécrose de la muqueuse, dans toute son épaisseur, il y a de nombreux états intermédiaires; l'étendue des aphtes ou prétendus tels varie aussi d'une façon notable. Souvent gros comme un grain de millet, ils s'étendent quelquefois jusqu'à se rejoindre par leur bord interne, formant une plaque souvent ulcérée, qui occupe toute la surface de la voûte palatine (1). (*A suivre.*)

On Scarlatina and Diphtheria (Rapports intimes entre la scarlatine et la diphtérie), par le Dr HARTNOLL. *Lancet*, March 1884.

Le Dr Hartnoll fait remarquer les rapports intimes qu'il a observés entre la scarlatine et la diphtérie dans une récente épidémie de ces deux affections qui a sévi à Poltimore, près d'Exeter. Dans un long rapport consacré à ce sujet il s'est attaché à démontrer que la diphtérie et la scarlatine ont une commune origine et se différencient par leur marche, dans chaque sujet, sous l'empire de certaines conditions étiologiques obscures et de l'idiosyncrasie. Certains malades ont eu une éruption scarlatineuse sans angine; d'autres ont eu un état inflammatoire de la gorge avec des points blancs disséminés; d'autres ont eu la diphtérie pseudo-membraneuse sous sa forme la mieux caractérisée. (*The London Medical Record.*)

Tracheal Diphtheria (Diphthérie trachéale). Dr FEWSMITH, *Fr.*, in *Americ. Journ. of Obstetrics*, late December, d'après *the Archives of Pediatrics*, March, 1884. *Résumé.*

L'auteur propose la dénomination ci-dessus énoncée pour remédier à l'unité qui manque dans la nomenclature des sténoses laryn-

---

(1) Voyez les travaux de l'auteur : *Ueber septische Erkrankungen der Schleimhäute bei Kindern* (*affections septiques des muqueuses chez les enfants*). *Arch. f. der Kinderheilk.*, Bd I; — *Ueber Epitelperlen in der Mundhöhle neugeborener Kinder* (*des perles épithéliales dans la cavité buccale des nouveau-nés*). *Zeitschr. für Heilk.*, Bd I; — *Ueber Soor bei Kindern* (*du muguet chez les enfants*). *Prager medic. Wochens.*, 1880, nº 5.

Voir aussi : Parrot, *De l'athrepsie*, p. 96.

gées. Il résume les diverses significations du terme *croup* en Amérique, en Angleterre, en France et en Allemagne. Dans cette dernière contrée, le croup est une laryngite membraneuse qui se distingue essentiellement de la diphtérie laryngée. En France, ce nom est appliqué à la diphtérie laryngée et trachéale. Le croup inflammatoire et le faux croup y reçoivent d'autres noms. En Angleterre, le terme croup s'applique à un groupement purement artificiel d'affections différant pathologiquement les unes des autres. On ne doit en faire usage qu'après avoir essayé de la ténotomie et du massage dans les conditions ordinaires.

HUTCHINSON. **Lésions traumatiques du coude** dans le *Medical Times*, d'après la *Rivista clinica é terapeutica* du Dr E. DE RENZI (Napoli), Maggio, 1884. *Résumé.*

L'auteur fait remarquer que chez les petits enfants, l'articulation du coude est peut-être la seule qui soit sujette à se disloquer pour cause de violence. On voit rarement chez les enfants très jeunes la luxation de la hanche et presque jamais celle du pied, du genou, de la main, de l'épaule. L'application d'une violence à ces dernières articulations et à cet âge, au lieu de produire une luxation, amène un décollement épiphysaire.

Au contraire, les luxations du coude se rencontrent plus souvent chez les petits enfants que chez les adultes parce que chez les enfants l'apophyse coronoïde de l'humérus est parfaitement ossifiée. Les extrémités épiphysaires d'autre part sont peu consistantes. Il faut pourtant considérer comme erronée la fréquence attribuée en tout état de cause à la luxation complète du coude chez les enfants. Quand elle se présente, elle est toujours compliquée d'un décollement total ou partiel, de l'extrémité inférieure de l'humérus.

Le diagnostic d'une luxation simple avec une luxation compliquée de détachement de l'épiphyse n'est pas toujours facile à faire chez les petits enfants, à cause : 1° de la douleur causée par l'examen du membre ; 2° de l'enflure qui rend quelquefois impossible le moindre mouvement, à cause de la répugnance qu'on a tort d'avoir pour l'anesthésie qui rendrait l'examen facile.

Les cas dans lesquels une luxation simple du coude a été diagnostiquée, puis s'est trouvée compliquée d'un décollement épiphysaire susceptible d'apporter dans les mouvements de l'articulation une

gêne momentanée ou permanente, cela au grand décri du chirurgien, sont loin d'être rares.

L'auteur cite un grand nombre de cas de luxation du coude avec décollement de l'épiphyse, observés par lui, soit immédiatement, soit un peu de temps après l'accident. Pour lui, la difficulté consiste, non pas à réduire la luxation, mais à la maintenir réduite, ce qui est difficile dans les luxations incomplètes et presque impossible dans les luxations complètes. Il dit que le décollement partiel des épiphyses est plus commun que le décollement total dont le diagnostic est moins difficile; que les épiphyses peuvent être détachées de la partie centrale ou des condyles; que certains cas sont compliqués d'une fracture oblique de l'humérus et que, quand il y a doute, la lésion épiphysaire est à peu près certaine. Les luxations du coude chez l'adulte sont faciles à réduire et à guérir sans déformation, tandis que chez les enfants, tant à cause de l'épanchement consécutif à l'attrition des parties molles que par l'impossibilité de maintenir la luxation réduite, le coude reste plus ou moins gonflé et ses mouvements plus ou moins limités. Il est important de faire grande attention à toutes les circonstances, parce qu'une réduction forcée pourrait avoir les conséquences les plus fâcheuses et les plus durables dans un cas de décollement des épiphyses.

Règles pratiques données par l'auteur pour le traitement des traumatismes du coude chez les petits enfants :

1° Observer avec la plus grande attention les épiphyses, qui sont les portions les plus débiles de l'os.

2° Avoir toujours présentes à l'esprit les complications qui peuvent surgir, soit par la dislocation de l'articulation, soit par le décollement des épiphyses.

3° Bien se rappeler que le décollement complet des épiphyses inférieures de l'humérus est plus commun que la luxation postérieure des deux os de l'avant-bras.

4° Ne pas faire le diagnostic des cas difficiles sans avoir recours aux anesthésiques.

5° On ne doit pas se considérer comme satisfait du traitement, tant qu'on n'est pas sûr d'avoir remis les parties complètement en place et de pouvoir les maintenir ainsi avec le coude formant un angle convenable.

6° Le pronostic sera toujours réservé, parce que neuf fois sur dix des luxations simples en apparence du coude sont compliquées de

lésions de l'apophyse coronoïde ou de l'extrémité inférieure de l'humérus, desquelles doit résulter une limitation permanente ou momentanée des mouvements.

WEINLECHNER. **Luxation congénitale du genou**, d'après *The London Medical Record*, 15 May 1884. (V. *Wien. Med. Blätter*, März, 20.) Dans la réunion de la *Société médicale, impériale et royale de Vienne,* le professeur Weinlechner a montré un enfant qui est venu au monde avec une luxation congénitale du genou, en avant (le tibia en avant du fémur). Le professeur a observé seulement trois fois cette forme de luxation congénitale qui est extrêmement rare. Le traitement consiste à réduire la luxation, à fixer le genou au moyen d'un appareil plâtré, mais la guérison est rarement complète, à cause de l'extrême tiraillement qu'ont subi les ligaments; aussi, même dans les cas les plus favorables, il y a lieu de faire porter un appareil de soutien pour assurer la cure.

On the use of force in the treatment of resistant club-foot (De l'usage de la force dans le traitement du pied bot rebelle), par le Dr E.-H. BRADFORD, chirurgien de l'hôpital des Enfants, à Boston.

L'excision du tarse est depuis quelque temps l'objet d'une faveur que l'auteur explique par la nécessité d'éviter une grande perte de temps et de longs efforts pour le traitement du pied bot rebelle. Quoique ce procédé soit d'une innocuité relative, le Dr Bradford estime qu'il faut éviter autant que possible de s'en servir. Son expérience personnelle, en matière de tarsotomie, lui a démontré que la résistance au redressement était moins due à celle des os tarsiens qu'aux tissus qui les maintiennent dans leur position vicieuse, tissus auxquels il lui semble de meilleure chirurgie de toucher qu'aux os.

Il fait usage d'un appareil consistant :

1° En un plateau de dimensions suffisantes pour suffire à tous les pieds;

2° En trois plaques coussinées adaptées à l'extrémité de trois tiges d'acier à vis, jouant dans des supports contenant des écrous de vis sur les côtés du plateau. En faisant agir les tiges à vis, on porte les plaques au contact. Les choses sont disposées de façon que deux des trois tiges avec leurs plaques se trouvent du côté interne du pied et une tige avec sa plaque du côté externe. La première plaque du côté

interne presse sur le côté du premier métatarsien ; la seconde, sur le côté du calcanéum, juste au-dessous de la malléole interne. La plaque du côté externe porte sur la saillie formée par la tête de l'astragale; ces plaques sont suffisamment concaves pour s'appliquer exactement sur les parties. Un bras de levier est ajusté sur la vis femelle des supports avec une inclinaison qui permet d'appliquer une pression quand on le juge convenable. Les supports et le bras de levier sont arrangés de façon qu'on puisse les intervertir et appliquer l'appareil aux deux pieds indifféremment. Une tige rigide, adaptée au devant du plateau, permet d'augmenter la puissance de la pression, en soulevant la portion antérieure du pied.

Cet appareil ne doit être employé que dans les cas rebelles.

Il faut avoir recours à l'anesthésie au moment de la pression, et cette pression doit être continuée pendant quelques minutes avec une force suffisante pour corriger ou presque corriger la difformité. Ensuite on met un appareil plâtré qu'on laisse en place de dix jours à trois semaines. (NOBLE SMITH dans *the London Medical Record.*)

Ostéotomie dans le traitement des consolidations vicieuses de la fracture de l'extrémité inférieure du radius. (*Société de chirurgie*, 14 mai 1884.)

M. Bouillycommunique à la Société trois intéressantes observations sur ce sujet. Nous en donnons un résumé :

Un garçon de 17 ans tombe et se fait une fracture de l'extrémité inférieure du radius. On applique un appareil plâtré que l'on enlève dans les délais, mais, à ce moment, on constate que la déformation classique du membre s'est reproduite.

Le fragment supérieur forme en avant une saillie tellement notable, que les tendons fléchisseurs et le nerf médian font un relief considérable à la partie antérieure.

Les troubles fonctionnels sont considérables. Le malade éprouve des douleurs vives dans la zone innervée par le médian, les muscles de l'éminence thénar, l'adducteur excepté, sont atrophiés; la peau présente des troubles trophiques étendus. Le malade entre à l'hôpital six semaines après l'accident. A ce moment, on fait une tentative de réduction, mais on n'obtient aucun résultat.

M. Bouilly alors a recours à l'ostéoclasie. Pour cela, il fait une incision le long du grand palmaire, écarte les tendons fléchisseurs,

arrive sur la saillie du fragment supérieur et l'abat à la gouge. Le malade est pansé antiseptiquement, et, vingt jours après, la plaie est cicatrisée. La saillie des tendons a disparu, et, cependant, il n'y a que fort peu d'amélioration des troubles fonctionnels. Le malade sort de l'hôpital dans cet état, mais il revient ultérieurement, et l'on peut constater une guérison radicale.

Le deuxième malade est absolument semblable. Je l'ai opéré de la même manière il y a dix jours de cela, je ne puis donc indiquer encore les résultats obtenus. La saillie du fragment supérieur était telle que le médian et les tendons étaient tendus sur lui à la manière des cordes de violon sur leur chevalet.

Le troisième malade s'était fracturé le poignet sept semaines auparavant.

Quatre semaines après, cette fracture était consolidée, lorsque le malade fit une nouvelle chute. La déformation se reproduisit, plus prononcée qu'auparavant et se consolida dans cette position.

Je vis le malade avec M. Verneuil, qui me conseilla d'employer l'ostéoclasie avec l'appareil de Colin. C'est ce qui fut fait, et la réduction put être obtenue à l'aide d'une pression de 120 kilos.

Malheureusement, au bout de peu de jours, le malade éprouva des douleurs intolérables dans son membre; il y eut des menaces de phlegmon; il se déclara une synovite des gaines des fléchisseurs, et la sensibilité disparut dans la zone d'innervation du médian.

J'ai vu le malade longtemps après. La déformation ne s'est pas reproduite, mais il persiste une gêne extrême dans les mouvements du poignet et des doigts; la sensibilité de la région est obtuse.

Ce résultat n'était pas encourageant et je n'étais guère disposé à l'employer à nouveau, lorsque en 1883, je vis une petite fille de 9 ans qui, un mois auparavant, avait, elle aussi, fait une chute et s'était cassé le radius. La fracture, qui occupait le quart inférieur de l'os, s'était vicieusement consolidée. Les deux fragments réunis formaient un angle ouvert en avant et la main était fortement déviée vers le bord radial.

Il en résultait une difformité choquante et une gêne notable des mouvements. Je proposai d'emblée l'ostéotomie, et celle-ci fut acceptée.

Je fis alors une incision à la peau, au niveau du point le plus saillant de la convexité de l'os; je portai ensuite un ostéotome sur cette saillie et je sectionnai. Le membre fut alors redressé avec la plus

grande facilité et mis dans un appareil plâtré. Les suites opératoires furent des plus bénignes, et, vingt et un jours après, la consolidation était parfaite. La difformité et la gêne fonctionnelle avaient disparu.

Il résulte de ces observations que la méthode de choix, pour le traitement des fractures mal consolidées du radius, est l'ostéotomie. L'ostéoclasie, en effet, est une méthode beaucoup plus dangereuse que dans toute autre région, parce que l'on est à peu près forcé de comprimer très fortement les nerfs et tendons, rendus d'autant plus superficiels que le déplacement est plus prononcé.

M. Verneuil. — J'ai pu constater, en effet, les mauvais résultats donnés par l'ostéoclasie sur un des malades de M. Bouilly; aussi suis-je disposé à considérer ce moyen comme dangereux, et je ne le conseillerais pas pour redresser les cals vicieux consécutifs aux fractures de l'extrémité inférieure du radius.

En ce qui concerne l'ostéotomie, je n'ai pas d'expérience personnelle, je sais qu'elle a été employée par M. Duplay. Il s'agissait d'une jeune fille, chez laquelle l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras était vicieusement conformée, ce qui amenait une forte déviation de la main, et donnait lieu à une déformation fort choquante. L'opération fut faite et réussit très bien.

Dans ces conditions, je suis assez disposé à considérer l'ostéotomie comme une méthode de choix, lorsqu'il s'agit du membre supérieur. Je le fais d'autant plus que sur ce membre les pansements antiseptiques, le bain antiseptique, par exemple, sont d'une application plus facile.

Il ne faudrait pas cependant être trop absolu et faire l'ostéotomie à tout âge. C'est ainsi, par exemple, que tout dernièrement ayant eu à redresser un de ces cals vicieux chez une jeune fille de 6 ans, l'ostéoclasie manuelle m'a parfaitement suffi.

M. Trélat. — Quelques-unes des observations de M. Bouilly sont relatives à des malades sur lesquels on a été appelé à libérer des nerfs ou des tendons qui souffraient de la présence d'un cal vicieux de voisinage. C'est là une opération que j'ai eu plusieurs fois l'occasion de pratiquer.

Chez un de mes malades, il s'agissait d'une fracture du calcanéum consolidée, avec production d'une apophyse saillante qui gênait beaucoup les fonctions du tendon d'Achille. J'ai réséqué l'apophyse et le malade a parfaitement guéri.

J'ai fait deux fois cette même opération pour enlever des épines développées sur le tibia à la suite de fractures, et dont la présence constituait une gêne notable pour les fonctions du nerf tibial antérieur. Les malades ont parfaitement guéri. Il faut bien savoir, en effet, qu'aujourd'hui, grâce à l'emploi des méthodes antiseptiques, ces opérations ne présentent par elles-mêmes aucune gravité.

En ce qui concerne le rétablissement des fonctions d'un nerf longtemps gêné par la présence d'un cal vicieux, j'ai déjà plusieurs fois insisté sur la lenteur spéciale de ce rétablissement. C'est là, d'ailleurs, un fait clinique qui a été constaté par un grand nombre d'observateurs, et dont il est bon d'être prévenu lorsqu'on tente une opération du genre de celles auxquelles je fais allusion. De tous les nerfs, celui qui se trouve le plus souvent pris dans le cal de la fracture est certainement le nerf radial.

Tout récemment, Ollier a émis l'opinion que la paralysie radiale était due au pincement du nerf entre les deux fragments, et que l'on pourrait peut-être éviter ce pincement à l'aide de certaines manœuvres, faites au moment où la fracture étant récente, les fragments ont encore toute leur mobilité.

Lorsque l'on a constaté une paralysie radiale et que ces manœuvres ont échoué, Ollier conseille de recourir le plus tôt possible à l'intervention chirurgicale, parce que, dit-il, le retour des fibres nerveuses à leur état normal est d'autant plus rapide et plus parfait que le nerf a été moins longtemps emprisonné par le cal.

Je n'ai encore aucune expérience sur ces divers points, mais je crois qu'il s'agit là d'une question intéressante et digne d'être étudiée de près. Il est vrai que, dans la majorité des cas, nous ne sommes pas maîtres de l'époque de l'intervention, les malades nous arrivant le plus souvent longtemps après l'accident. (*Semaine médicale.*)

Le gérant : G. STEINHEIL.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine. A. DAVY, successeur, 52, rue Madame et rue Monsieur-le-Prince, 14.

REVUE MENSUELLE

DES

MALADIES DE L'ENFANCE

Juillet 1884

TRAVAUX ORIGINAUX

DES TERREURS NOCTURNES CHEZ LES ENFANTS.

Par le Dr Moizard, médecin des hôpitaux.

Un enfant de 3 à 6 ans s'est paisiblement endormi sans qu'on ait remarqué rien d'anormal dans son état. Brusquement, deux ou trois heures après, il s'agite, s'assied sur son lit, les yeux largement ouverts, comme rivés sur une apparition terrifiante qu'il cherche à repousser. Tout en lui exprime l'effroi : ses traits sont bouleversés, il pousse des cris plaintifs, prononce des paroles incohérentes au milieu desquelles on peut saisir quelques mots qui laissent deviner la nature de l'hallucination de la vue qui cause sa frayeur : c'est un animal monstrueux, des voleurs, etc. Il ne reconnaît pas les personnes qui l'entourent et qui sont accourues à ses cris ; il se jette cependant dans leurs bras, comme pour y chercher un refuge contre le danger qui le menace. Puis, brusquement, après cinq minutes, une demi-heure ou même une heure d'agitation et d'effroi, le calme reparaît ; l'enfant se rendort d'un sommeil tranquille, et le lendemain à son réveil il est frais et dispos,

conservant rarement le souvenir de la scène terrifiante de la nuit. Tels sont, rapidement esquissés, les caractères principaux de ces phénomènes si intéressants, décrits sous le nom de terreurs nocturnes des enfants. Ayant eu récemment l'occasion d'en observer plusieurs exemples, il m'a semblé que l'étude de leurs caractères cliniques, et de leur pathogénie, présenterait peut-être quelque intérêt.

C'est en 1845 qu'Hesse, d'Altona, les décrivit pour la première fois. Il est étonnant de n'en point trouver mention dans l'ouvrage classique de Barthez et Rilliet. M. Bouchut, dans son *Traité des maladies de l'enfance*, les fait rentrer dans le groupe des névroses congestives de l'encéphale et leur consacre une courte étude. Mais c'est West qui, le premier, en a donné une description complète, dans ses leçons cliniques. Steiner les a également étudiées, ainsi que les auteurs des récents manuels sur les maladies des enfants, Ellis, d'Espine et Picot, Descroizilles. Enfin, M. Jules Simon en a parlé à différentes reprises dans ses intéressantes leçons cliniques de l'hôpital des Enfants.

Mais aucun travail d'ensemble n'existait sur cette question de pathologie infantile. La thèse de M. Debacker est venue combler cette lacune : elle contient une étude complète de la pathogénie de ces accidents nerveux, et constitue un document précieux dans lequel j'aurai largement à puiser.

Bien que les quelques lignes du début de cet article soient plutôt une esquisse qu'une véritable description, il me paraît cependant inutile d'y revenir. A la durée, à l'intensité près, tous les accès de terreurs nocturnes se ressemblent. La nature des hallucinations terrifiantes peut varier ; mais la caractéristique absolue de ces accidents est de se montrer sous forme de crises nocturnes, passagères, de courte durée. Je veux seulement insister sur quelques-uns des traits du tableau clinique.

Pendant la crise, l'enfant semble avoir perdu toute connaissance. Il appelle sa mère, mais ne reconnaît pas sa voix. On n'a jamais observé de convulsions pendant ou après la crise,

et c'est là, comme nous le verrons, un fait important au point de vue du diagnostic.

Il n'y a ordinairement qu'un accès par nuit. West signale cependant le fait d'un enfant de 11 mois, atteint de troubles gastro-intestinaux liés à la dentition, chez lequel les attaques se reproduisaient sept ou huit fois dans une seule nuit. Le sommeil de la journée lui-même n'en était pas exempt.

Il est assez rare que la terreur nocturne se montre par accès isolés. Le plus souvent elle se produit pendant plusieurs nuits de suite et ces périodes d'accès peuvent durer pendant un mois, six semaines. Chez un de mes petits malades, les crises eurent lieu pendant six semaines, tous les soirs à heure fixe, à 10 heures, et avec une régularité telle, qu'ayant tenu à assister à plusieurs d'entre elles, je pouvais arriver chez ses parents quelques minutes avant leur début. Après six semaines, les crises cessèrent pendant un mois pour reparaître régulièrement tous les soirs pendant quinze jours, et ensuite de temps en temps seulement, quand les troubles digestifs, qui en étaient nettement la cause, venaient à se produire.

Cette durée peut être beaucoup plus longue. West cite l'observation d'un enfant de 7 ans, ayant eu, pendant *les douze mois* que dura le travail de sa seconde dentition, des attaques de terreur qui ordinairement éclataient une demi-heure après son sommeil. D'après West, cette longue durée des accidents n'a pas de gravité. Nous verrons cependant, en étudiant leur pathogénie, qu'il n'en est pas toujours ainsi.

Dans l'intervalle des accès, l'état de l'enfant ne présente ordinairement rien d'anormal; mais les petits malades atteints de ces troubles nerveux sont généralement excitables, et après la cessation des crises de terreur, on observe quelquefois chez eux d'autres troubles cérébraux : le somnambulisme, par exemple. Ellis l'a signalé, et j'ai eu l'occasion, chez un de mes malades, d'observer, après la disparition des terreurs, de véritables phénomènes de somnambulisme.

Quelles sont les causes de ces troubles nerveux si curieux?

C'est surtout entre 2 et 6 ans qu'on les observe. Les enfants

qui en sont atteints sont presque toujours nerveux, impressionnables, souvent leurs ascendants présentent ou ont présenté des troubles nerveux plus ou moins nettement caractérisés. Presque tous ces enfants sont de constitution délicate, mal nourris, ou tout au moins nourris contrairement à toutes les règles de l'hygiène.

M. Jules Simon a bien indiqué cette influence d'une alimentation mal comprise sur la production des accidents nerveux chez les enfants.

Si les mauvaises conditions alimentaires ont une influence manifeste sur l'apparition des accidents que nous étudions, la mauvaise hygiène morale et intellectuelle n'en a pas moins. Les contes effrayants dont certaines personnes se plaisent à farcir l'imagination des enfants, les scènes violentes, doivent être mises aussi au premier rang des causes prédisposantes. Mais elles ne suffisent pas, dans la généralité des cas, tout au moins, à déterminer l'apparition des accidents. L'intervention d'autres facteurs est nécessaire. Avant de les énumérer, il faut tout d'abord les classer en deux grandes catégories : ceux qui agissent sur le cerveau d'une façon indirecte, l'impressionnant par action réflexe; sans doute, en déterminant des troubles passagers de la circulation cérébrale. Ceux, au contraire, qui frappent directement l'encéphale. En fait, au point de vue de l'étiologie, comme à celui du pronostic et du traitement, il faut diviser les terreurs nocturnes en deux grandes classes, suivant qu'elles sont liées ou non à une lésion permanente de l'encéphale : les unes sont graves, les autres bénignes. C'est la division de Lasègue et de Debacker; c'est sur elle qu'il faut se baser pour indiquer les causes multiples qui peuvent les déterminer.

Parmi celles qui ne sont pas causées par une altération permanente de l'encéphale, les plus fréquemment observées sont déterminées par des troubles digestifs. On peut dire que, dans l'immense majorité des cas, c'est là le point de départ des accidents. Quoi de plus naturel quand on songe aux réactions nerveuses multiples que déterminent les maladies des

organes de la digestion (insomnie, somnolence, vertiges, troubles vaso-moteurs, accidents hystériformes et hypochondriaques, palpitations, syncope, dyspnée)? Cette influence réflexe des troubles de la digestion sur la circulation encéphalique existe peut-être encore plus chez l'enfant que chez l'adulte, et rien n'est plus intéressant à étudier. Sans parler des convulsions dont l'indigestion est une des causes les plus fréquentes, je rappellerai ces faits si curieux d'aphasie passagère observés par Henoch, de Berlin, chez des enfants qui s'étaient gorgés de fruits, et disparaissant à la suite d'un vomitif. Siegmund a observé des faits semblables, et Fraenkel cite même le cas d'une hémiplégie passagère coïncidant avec une indigestion.

Ces faits montrent d'une façon saisissante, combien sont multiples, combien peuvent être d'apparence grave les troubles nerveux réflexes d'origine gastro-intestinale.

Comment s'exerce cette action?

Sur le système nerveux vaso-moteur très certainement.

Quoi qu'il en soit, l'influence des troubles gastro-intestinaux sur la production des terreurs nocturnes est indéniable. Alimentation trop abondante, excitante; usage abusif des boissons alcooliques, telles sont les causes principales; la dyspepsie consécutive à cette mauvaise hygiène alimentaire explique la persistance des accidents. Il faut dire aussi que chez certains enfants on observe des idiosyncrasies bien singulières : un aliment quelconque, très sain, de digestion facile, ne pouvant être ingéré sans qu'il en résulte une crise de terreur.

West insiste sur la fréquence de la constipation chez les enfants atteints de terreurs nocturnes, et Hesse, d'Altona, cite des faits où une diarrhée abondante termina l'accès.

Cette influence gastro-intestinale se rencontre presque constamment à l'origine des accidents. Comment donc expliquer l'opinion de Steiner qui admet que ni les troubles gastriques, ni la constipation, ni la diarrhée ne peuvent les déterminer? Simple question de hasard d'observation, sans doute.

Pour moi, qui ai eu déjà plusieurs fois l'occasion d'observer et de suivre des enfants atteints de terreurs nocturnes, non seulement j'ai toujours constaté à l'origine des accidents, des phénomènes de dyspepsie plus ou moins accentués, mais encore chaque retour offensif m'a paru déterminé par des manifestations dyspeptiques nouvelles. Qu'il faille ne pas se laisser influencer d'une façon trop exclusive par cette opinion, et se rappeler avec Steiner que les troubles digestifs peuvent manquer, et les accidents s'expliquer par une surexcitation cérébrale chez des enfants nerveux, irritables, et d'une santé délicate, rien de plus sage assurément : mais c'est nier l'évidence que de refuser aux troubles gastro-intestinaux une influence de premier ordre sur la production des terreurs nocturnes.

Bien que la plupart des cas observés par Steiner se soient montrés chez des enfants de 3 à 6 ans, ayant par conséquent échappé à la période la plus dangereuse de la dentition, l'influence d'une dentition laborieuse sur la production des terreurs nocturnes est évidente. Aussi faut-il dans ces conditions, toujours examiner les gencives de l'enfant. On n'observe guère ces accidents nerveux que pendant la première dentition. Ils sont beaucoup plus rares pendant la seconde. Parmi les causes, je dois aussi indiquer les vers intestinaux (les lombrics, les oxyures surtout). Debacker cite une observation dans laquelle les terreurs nocturnes cessèrent après l'expulsion d'un tænia.

Si l'alcoolisme des parents peut être considéré comme une cause prédisposante, l'absorption d'alcool en excès par l'enfant suffit pour déterminer l'apparition des terreurs nocturnes. Chez un enfant à la mamelle, l'absorption exagérée d'alcool par la nourrice peut avoir le même résultat. Debacker cite l'exemple fort intéressant d'un enfant de dix-huit mois atteint de terreurs nocturnes, qui cessèrent brusquement quand on chassa la nourrice qui buvait de l'eau-de-vie en cachette.

Certaines intoxications peuvent compter les terreurs nocturnes au rang de leurs symptômes ; l'intoxication par la belladone, le datura stramonium par exemple.

Enfin M. Jules Simon a cité un fait très intéressant, dans

lequel la cause des accidents fut l'administration de doses relativement faibles de sulfate de quinine.

Les irritations prolongées de la peau (prurigo, gale) peuvent aussi être causes de ces accidents, et il est fort intéressant de rappeler à ce propos les accidents pseudo-méningitiques observés par M. Moutard-Martin chez un enfant atteint d'une phthiriase arrivée à un développement colossal.

Telles sont, rapidement résumées, les principales causes des terreurs nocturnes d'origine réflexe.

Il me reste à indiquer maintenant les lésions cérébrales qui peuvent avoir les terreurs nocturnes au nombre de leurs symptômes.

Elles peuvent être, dans certains cas, un signe avant-coureur de la méningite tuberculeuse, de la sclérose cérébrale, (sur laquelle M. Jules Simon a récemment appelé l'attention), des tubercules cérébraux. Ai-je besoin de dire que, dans ces cas, les crises nocturnes ne sont qu'un des éléments du tableau clinique, et que plus ou moins rapidement l'apparition d'autres symptômes en fixe la nature et l'origine? Enfin, l'épilepsie et l'hystérie peuvent compter les terreurs nocturnes au nombre de leurs manifestations symptomatiques.

Telles sont les principales causes des phénomènes nerveux qui font l'objet de cette étude. Il faut les avoir bien présentes à l'esprit en face d'un enfant atteint de ces accidents, afin de pouvoir instituer un traitement rationnel. Le diagnostic de la nature exacte de la crise ne présente ordinairement pas grande difficulté. L'épilepsie seule pourrait être confondue avec elle. On les distinguera par les caractères suivants :

Dans la crise de terreurs : pas de convulsions, pas de morsure de la langue, pas d'émission involontaire d'urine et, le lendemain, pas de fatigue extrême, pas d'affaissement intellectuel comme d'ordinaire à la suite d'une attaque d'épilepsie. Cependant, même dans les cas les plus nets, certaines réserves doivent être faites, et avant de se prononcer il est nécessaire de fixer avec soin les antécédents personnels et héréditaires du sujet : souvent on doit ajourner le diagnostic jusqu'au

moment où l'évolution des accidents en a déterminé la véritable nature. M. Jules Simon a vu plusieurs fois en effet l'épilepsie sous forme d'hallucinations ou de terreurs nocturnes. Il cite un petit malade chez lequel de grands accès d'épilepsie sont venus succéder à des terreurs nocturnes. Debacker a observé un cas analogue, où la filiation des accidents fut la suivante : terreurs nocturnes au début, hallucinations, somnambulisme, épilepsie nettement constituée. Un de mes petits malades semble devoir présenter la même succession d'accidents.

Malgré ces difficultés qui se présentent assez souvent et dont il est important de se souvenir, le diagnostic est généralement facile.

Quant au pronostic, il varie essentiellement selon la pathogénie des accidents. Pour West, la longue durée des accidents ne leur donne pas de gravité. Mais, par une singulière contradiction, il avoue cependant, « qu'une irritation prolongée du cerveau, peut, sous l'influence de causes insignifiantes, se transformer en une maladie sérieuse ». Que conclure de tout ceci, sinon qu'un cas de terreur nocturne étant donné et reconnu tel, il faut s'efforcer d'en pénétrer la cause : de la pathogénie des accidents dépendent en effet, et la possibilité d'un pronostic sérieux et les indications d'un traitement rationnel.

Le traitement varie en effet suivant la cause déterminante. Mais quelle que soit celle-ci, il est certaines précautions d'hygiène intellectuelle et physique qui sont de règle dans tous les cas. Eviter toute cause d'excitation cérébrale ; ni lecture attachante, ni travail intellectuel prolongé, ni récits effrayants. L'enfant ne sera pas laissé seul dans sa chambre après son coucher, et on y maintiendra de la lumière. Enfin, au moment de l'attaque, on s'efforcera de le rassurer.

Les enfants atteints de terreurs nocturnes sont souvent d'une complexion délicate, ainsi que l'a remarqué Steiner : aussi on prescrira un exercice régulier, un régime reconstituant et tonique.

L'influence prépondérante des troubles de la digestion indique la nécessité d'une sévère hygiène alimentaire. Les repas de l'enfant doivent être fréquents et peu abondants. Il ne doit pas dîner tard. On ne doit sous aucun prétexte lui donner ni vin pur, ni liqueur forte. Eviter la constipation. Surveiller attentivement la dentition.

Quand des phénomènes de dyspepsie se montrent, on les combattra suivant les cas, par les alcalins, la teinture de noix vomique ou les gouttes de Baumé, les préparations de pepsine.

L'étude attentive du malade permettra de fixer la pathogénie des accidents, et de leur opposer une médication appropriée. Je n'insiste pas, il suffit de se reporter aux causes multiples indiquées plus haut.

Toutes les prescriptions ci-dessus indiquées sont dirigées surtout contre la cause des accidents. Il faut aussi attaquer directement l'excitation cérébrale qui en est le point de départ immédiat. Les préparations de bromure de potassium, le chloral, sont employés avec succès.

West insiste sur l'utilité de l'association du bromure de potassium et du chloral. Elle réussit beaucoup mieux que l'opium à diminuer l'irritabilité du système nerveux et à produire un repos calme. Si les gencives sont chaudes et tuméfiées, leur incision peut faire cesser les accidents. Le sulfate de quinine donne souvent aussi de très bon résultats, son utilité est bien évidente, quand on se rappelle la pathogénie des accidents cérébraux.

Quoi qu'il en soit, il faut se rappeler que les attaques survenant toujours dans la première moitié de la nuit, c'est les prévenir d'une manière presque certaine, que d'assurer le sommeil pendant les deux ou trois premières heures.

UN CAS DE DIPHTHÉRIE A FORME PROLONGÉE

Par **A. Wins**, interne des hôpitaux.

Dans la *Revue mensuelle des maladies de l'enfance* (janvier 1883), M. Cadet de Gassicourt appelait de nouveau l'attention sur la diphthérie à forme prolongée « prolongée au delà des limites habituelles », en citant les quelques rares observations publiées par divers auteurs, Empis, Barthez, Isambert, et en apportant des faits personnels fort intéressants tels que : le cas de coryza diphthéritique durant quarante-cinq jours; plusieurs cas de croup opérés, dans lesquels la reproduction des fausses membranes se fit pendant cinquante-cinq jours et jusqu'à trois mois, mettant ainsi obstacle à l'ablation définitive de la canule.

L'observation que nous donnons ici, et que nous avons recueillie dans le service de notre excellent maître M. Blachez, est, sans aucun doute, un exemple de diphthérie à forme prolongée, puisque les fausses membranes se reproduisirent pendant soixante-dix jours; mais, après l'évolution d'une angine diphthéritique ordinaire, commune, elles reparurent invariablement sur la muqueuse de la lèvre inférieure seule.

Le 3 janvier 1884, la jeune Fillion (Marie), âgée de 6 ans, entre dans nos salles pour une rougeole dont l'éruption existe déjà et qui va suivre son cours normal.

L'enfant allait bien, quand le 12 janvier elle se plaint de mal de gorge : il y a à ce moment une angine simple, et la température s'élève successivement le soir à 39°,4, 39°,5, 40°, avec légère rémission matinale.

Le 14, les fausses membranes tapissent l'amygdale gauche, le 15, les deux amygdales, les piliers du voile du palais en sont de même revêtus; il y a de plus un engorgement ganglionnaire cervical de l'un et l'autre côté.

Cette angine diphthéritique reste bénigne, et le 26 janvier, douze jours après son début, les fausses membranes cessent de se produire, mais du côté droit, l'engorgement persiste, un abcès se forme, de-

vient bientôt superficiel et guérit rapidement après son ouverture par une petite incision.

L'examen des urines, fait à plusieurs reprises, pendant l'évolution de l'angine, montre un léger nuage d'albumine dont la présence ne peut être niée, mais dès le 28 janvier, l'albumine disparaît et la température restera normale.

Nous arrivons maintenant à la localisation de la diphthérie sur la muqueuse de la lèvre inférieure.

Durant le cours de l'angine, le 19 janvier, alors que les fausses membranes étaient en pleine évolution sur le pharynx et les amygdales, apparaît, sur la lèvre inférieure, du côté gauche, une plaque diphthéritique large de deux centimètres.

Le 22 janvier, deux nouvelles plaques de même dimension se forment sur le côté droit de cette lèvre, plaques qui n'existent plus le 6 février.

Toutes ces fausses membranes qui vont successivement se développer, garderont à peu près les mêmes dimensions, variant du volume d'une lentille à celui d'un haricot.

Le 11 février, nouvelle fausse membrane sur le côté gauche de la muqueuse labiale; elle persiste encore, lorsque, le 15, deux plaques font leur apparition et se terminent le 18.

Le 19, deux plaques se reforment et ont une durée de quatre jours; d'ailleurs, parmi celles qui vont se produire le 25 février, le 4, le 16 et le 24 mars, aucune n'aura de durée plus longue.

Le 28 mars, cesse la dernière fausse membrane et la diphthérie s'est ainsi prolongée pendant soixante-dix jours.

En résumé, après une angine diphthéritique d'intensité moyenne qui ne dura que douze jours, nous avons pu observer du 19 janvier au 28 mars, sur la muqueuse de la lèvre inférieure, une succession de fausses membranes bien nettes avec leur aspect gris blanchâtre, se développant sur un fond rouge sans ulcération consécutive, non douloureuses, et ne gênant en rien la mastication.

Ces fausses membranes ont eu, pendant toute la durée de cette diphthérie à forme prolongée, la même localisation : la lèvre inférieure, sans développement de plaques en quelque autre région.

Il en est ici, comme dans le cas d'Isambert où un de nos collègues des Enfants-Malades garda neuf mois un coryza couenneux; comme dans les cas de M. Cadet de Gassicourt dans lesquels le coryza et le croup demeurèrent localisés soit aux fosses nasales, soit au larynx et à la trachée.

Dès que l'angine fut terminée, la température redevint normale; il n'y eut plus d'albumine dans les urines.

Une particularité cependant nous a frappé : l'enfant fut longtemps d'une grande faiblesse et ce n'est que dans les derniers jours de mars qu'elle reprit sa gaieté et son entrain.

Enfin, nous terminerons en disant : que cette diphthérie s'est ainsi développée dans un milieu épidémique et infectieux que l'on connaît bien ; qu'en se prolongeant, elle resta absolument bénigne, et que par conséquent, cette observation vient à l'appui de l'opinion émise par M. Cadet de Gassicourt, à savoir : que le danger que la diphthérie à forme prolongée fait courir au malade dépend exclusivement du lieu où elle se manifeste.

EXOSTOSE SOUS-UNGUÉALE CHEZ LES ENFANTS (1).

Par le Dr L.-A. de Saint-Germain.

Ongle incarné, commun à tous les âges. Attaque les orteils. *Causes, symptômes et marche.* — *Traitement*, préventif, curatif, sans opération. — *Traitement* opératoire. Insuffisance et dangers de l'anesthésie locale. Avulsion. Procédés divers.

Onyxis (dactylite strumeuse), assez fréquent, s'attaquant surtout aux doigts, et particulièrement au pouce. — *Description.* — *Pronostic*, sérieux. — *Traitement*, palliatif, curatif. Abrasion de l'ongle et des tissus sous-jacents. Pansement.

Exostose sous-unguéale. — *Littérature médicale.* — *Etiologie.* — *Symptômes.* — *Formes diverses.* Récidives fréquentes. — Traitement, résection (Debrou). Désarticulation de la phalange, seul moyen définitif.

Messieurs,

Nous allons étudier aujourd'hui deux affections très dis-

---

(1) *Leçon inédite, professée à l'hôpital des Enfants-Malades*, par le Dr L. A. de Saint-Germain

tinctes quoique ayant entre elles un lien de parenté, parce qu'elles se développent toutes deux sur un terrain scrofuleux : l'onyxis et la dactylite strumeuse. L'exostose sous-unguéale nous fournira ensuite un sujet d'étude intéressant. L'onyxis est de beaucoup la plus fréquente de ces affections. Affectant le plus souvent les doigts, il diffère en cela de l'ongle incarné ordinaire, souvent désigné par la même appellation et qui s'attaque principalement aux orteils. Quoique cette dernière affection ne soit pas plus particulière à l'enfance qu'aux autres âges, nous croyons devoir en faire immédiatement une courte étude d'un caractère exclusivement pratique. L'ongle incarné ne se présente guère à notre observation pendant la première enfance ; il est beaucoup plus fréquent de 10 à 15 ans que de 2 à 10. Il exige, pour se produire, trois conditions : une disposition particulière de l'ongle qui l'oblige à s'incurver sur lui-même, en exagérant sa convexité, une constitution lymphatique et des chaussures trop étroites. C'est presque toujours à l'angle interne ou mieux au bord interne de l'ongle que le phénomène se produit. J'en ai observé cependant au bord externe ; enfin dans certains cas exceptionnels et qui se confondent alors avec l'onyxis scrofuleux proprement dit, le bord libre de l'ongle disparaît, pour ainsi dire, sous un bourrelet charnu ; alors que sa matrice recouverte d'une masse fongueuse baigne dans une sanie ichoreuse.

Voici comment débute le plus souvent l'ongle incarné :

A la suite d'une marche plus prolongée que de coutume, d'une promenade sans halte, comme celle que l'on pratique dans certains collèges, une douleur assez vive s'est manifestée à l'angle interne de l'ongle du gros orteil ; on a négligé cet avertissement, on a continué à marcher ; la tuméfaction a augmenté et l'on observe alors un gros bourrelet rouge, quelquefois livide, recouvrant l'ongle du gros orteil jusqu'à

son quart interne. Si l'affection a fait plus de progrès, une suppuration fétide s'est déclarée entre l'ongle et ce bourrelet, le moindre contact est insupportable ; le malade ne peut pas se chausser, et pour peu que l'affection continue, la fièvre se déclare, accompagnée d'une excitation nerveuse toute spéciale.

Que faire en pareil cas ? Se régler sur la nature et sur la période du mal. Y a-t-il une simple disposition à l'affection qui nous occupe, c'est-à-dire une fâcheuse tendance à l'incurvation exagérée de l'ongle et au recoquillement de son bord interne ; il y a un intérêt réel à faire cesser cette disposition. On y arrive en faisant porter à l'enfant des chaussures larges du bout et surtout en lui recommandant, à ses moments perdus, de s'armer d'un morceau de verre cassé et de racler patiemment le sommet anguleux de la courbe décrite par l'ongle de son gros orteil. Au bout d'un certain temps de ce travail, on voit généralement la coupole s'affaisser, s'aplatir et les deux bords latéraux de l'ongle qui avaient naguère une fâcheuse tendance à s'enfoncer verticalement dans les chairs, surtout du côté interne, se relever, se rapprocher de l'horizontale. Ce moyen bien simple m'a souvent réussi, et comme il s'attaque au premier symptôme d'une affection non encore confirmée, nous en ferons, si vous voulez, un genre de traitement dont je ne suis pas ordinairement prodigue, un traitement prophylactique.

Vous n'avez pas pu employer ce moyen, vous arrivez trop tard, la maladie est parvenue à sa dernière période, à la suppuration ? Devez-vous toujours en venir à l'opération ? Il est certains enfants et surtout certains parents tellement pusillanimes, que, faute d'avoir à offrir un autre secours qu'une opération, l'homme de l'art est souvent forcé de manquer à sa mission et de renoncer au traitement curatif de l'affection qu'il a été appelé à soigner.

L'expérience m'ayant appris que les mêmes sujets auxquels une légère opération, même avec anesthésie, inspire une terreur invincible, déploient souvent une constance et un courage imprévus dans l'emploi des manœuvres très pénibles qu'on leur suggère pour éviter cette opération, j'ai tourné la difficulté de la manière suivante : j'ai soulevé ou fait soulever par le malade, qui souvent s'y est prêté, le bord incarné de l'ongle avec des brins de charpie introduits entre le bourrelet charnu de la matrice unguéale et le bord même de l'ongle, puis passés sous ce bord, de manière à agir dans le sens du raclage décrit plus haut, c'est-à-dire à effacer l'angle anormal de l'ongle, en faisant remonter vers l'horizontale la direction vicieuse de son bord interne, devenu vertical.

J'ai employé aussi plusieurs fois de petits onglets de fer montés sur une patte métallique que l'on assujettissait sur le bord convexe de l'ongle, à l'aide de diachylon. Je prescrivais en même temps des pansements quotidiens à l'alun, précédés eux-mêmes de bains et de lotions émollientes.

Cette thérapeutique conservatrice, appliquée par acquit de conscience et en désespoir de cause, m'a donné, je dois l'avouer, quelques succès tout à fait inattendus, mais dans l'immense majorité des cas, il a fallu en définitive renoncer à ce demi moyen et en arriver à une opération, moins pénible d'ailleurs que les palliatifs auxquels on a recours pour l'éviter.

Examinons donc les procédés opératoires que nous avons à notre disposition.

Quand nous disons que l'opération n'est pas pénible, c'est naturellement à condition que l'opéré soit anesthésié. La région, se prêtant d'une manière merveilleuse aux applications topiques, a été une sorte d'appel aux procédés d'anes-

thésie locale, qui ont presque tous été mis en usage pour l'opération de l'ongle incarné, surtout la pulvérisation d'éther à l'aide de l'appareil de Richardson et l'application de la glace pilée, mélangée au gros sel. Je répéterai à cet égard ce que j'ai dit de l'anesthésie localisée, à propos de l'anesthésie en général et aussi à propos du panaris. La réfrigération est, par elle-même, aussi douloureuse qu'une opération ; d'autre part, elle est toujours suivie d'une réaction également douloureuse et quelquefois redoutable par l'hémorrhagie qu'elle peut provoquer.

Servez-vous donc de l'anesthésie générale, c'est-à-dire, suivant la préférence que nous nous sommes efforcé de justifier, du chloroforme. Le malade une fois endormi, vous pouvez employer le procédé classique, à savoir, l'introduction sous l'ongle incarné d'une branche de ciseaux, la section de cet ongle suivant sa longueur et l'arrachement à l'aide de fortes pinces de ses deux moitiés ou d'une de ses moitiés seulement, si un seul côté est malade. Ce moyen, que Velpeau employait à l'exclusion de tout autre, a le grand inconvénient de n'être point radical, l'ongle opéré étant susceptible de repousser, dans des conditions aussi vicieuses que par le passé, puisque la matrice unguéale n'est point détruite. Aussi faut-il, si l'on emploie le procédé ci-dessus, le compléter comme le pratiquait Denonvillier, en disséquant avec soin la matrice de l'ongle.

Frappés de la longueur de ce dernier temps de l'opération, plusieurs chirurgiens et, entre autres Maisonneuve, imaginèrent d'enlever, à l'aide d'un même coup de bistouri, ou dans un temps qui ressemble beaucoup à l'entame d'une plume d'oie par un fort coup de canif, le bourgeon qui incarne l'ongle, le segment d'ongle incarné, et enfin la matrice de ce dernier.

Ce procédé, des plus brillants, ne m'a pas paru pourtant don-

ner toutes les garanties désirables, en ce sens que, le plus souvent, une partie de la matrice unguéale, située plus profondément qu'on ne le pense, en raison même de la disposition vicieuse de l'ongle, échappe à l'excision totale projetée. Il s'ensuit qu'après la cicatrisation on remarque çà et là, sur le champ de l'ongle détruit, des houppes fibreuses, des pinceaux cornés qui, outre la difformité de leur aspect, ont encore l'inconvénient de causer des douleurs, aussi vives au moins que celles auxquelles l'opération a été appelée à remédier.

Quel que soit le procédé qu'on adopte, le pansement devra toujours être le même : A savoir l'application immédiate sur la plaie d'un plumasseau de charpie imbibé d'alcool, et fortement serré à l'aide d'une petite bande. Ce pansement doit être arrosé d'alcool, étendu toutes les deux heures, et renouvelé tous les deux jours. Au bout de quelques jours on lui substituera le pansement par occlusion sous lequel se terminera la cicatrisation.

Avant de quitter l'ongle incarné et son opération, je voudrais m'arrêter quelque peu sur un procédé intermédiaire entre les palliatifs dont vous m'avez vu faire si peu de cas et les opérations radicales mentionnées ci-dessus. Ce procédé très élégant, très savant, joindrait la bénignité des premiers moyens à la sûreté des seconds, et cela sans ôter l'ongle, même pour un temps, sans même y toucher. Je veux parler du procédé du professeur Guyon. Voici en quoi il consiste : A environ 2 millimètres en dedans du bourrelet qui recouvre l'ongle, ou en dehors, si c'est l'angle externe de l'ongle du gros orteil qui est incarné, on pratique une incision d'un centimètre et demi parallèle au bord de l'ongle. Cette incision est profonde et intéresse toute l'épaisseur de la peau et du tissu cellulaire. On fait ensuite une incision parallèle à la première, à un millimètre de distance, toujours en dedans, et

comme ces deux boutonnières ont la même longueur, il est facile de compléter, par deux petites incisions transversales pratiquées aux deux extrémités, l'isolement d'un prisme de peau que l'on dissèque ensuite et que l'on détache complètement avec des pinces et des ciseaux. Comblant complètement le vide produit par la disparition de ce prisme, on vient affronter les deux bords cruentés, résultant de l'excision si bien que le bourrelet unguéal, entraîné par le glissement des parties molles, déchausse complètement l'ongle qu'il incarnait auparavant.

Pour rendre plus intime et pour maintenir l'adhésion des deux bords de la plaie, M. Guyon se sert d'une part d'un petit cylindre de diachylon roulé qui, placé sur l'ongle, là où reposait antérieurement le bourrelet charnu, empêche ce bourrelet de reprendre sa place, et d'autre part d'une série de bandelettes de diachylon qui maintiennent le petit cylindre dans sa position.

Cette opération a tous les titres possibles pour fixer le choix d'un praticien un peu habile. Elle respecte l'ongle, elle le dégage, elle répare la perte de substance que produit l'excision, en faisant une autoplastie par glissement; elle devrait toujours réussir et réussit quelquefois. Il n'est pas difficile de voir que son côté faible est le maintien en contact des deux bords cruentés formés par les lèvres de la plaie résultant de l'excision, mais le piquant de l'affaire et la preuve, une fois de plus, qu'il reste toujours quelque chose d'un plan bien conçu, c'est que, même quand l'opération ne réussit pas, le résultat final est excellent.

Quand tout marche bien, ce qui n'est pas absolument rare, la réunion par première intention s'obtient en quelques jours: une petite ligne cicatricielle est la seule trace qui reste de l'opération et l'ongle cesse d'être incarné. En effet, quand la réunion immédiate des deux bords de la plaie n'est pas

obtenue, le bourrelet unguéal isolé, comprimé de toutes parts, se sphacèle, et, quand on enlève le premier pansement, on constate un résultat qui se rapproche beaucoup de celui qu'on a cherché, un déchaussement à peu près complet de l'ongle.

J'arrive maintenant à l'onyxis scrofuleux ou dactylite strumeuse qui se porte principalement sur les doigts.

Voici sous quelle forme il se présente : affectant indistinctement tous les doigts, il a cependant une prédilection marquée pour le pouce, l'index et le médius. Son début ressemble beaucoup à une simple tourniole. Une douleur légère se manifeste au pourtour de la racine de l'ongle ; viennent ensuite la rougeur, l'empâtement; puis, bientôt se manifeste une zone œdémateuse qui ne tarde pas à se convertir en une véritable phlyctène. L'ongle change bientôt d'aspect : arrêté dans son développement et dans sa croissance, il diminue d'épaisseur, perd son aspect convexe, pour devenir plan, même légèrement concave. Le plus souvent plus foncé qu'à l'état normal, il prend bientôt un ton bistre qui ne tarde pas à passer au brun. Son épaisseur, diminuant de plus en plus, le réduit à l'état de pellicule ; son bord libre se désagrège, se dissocie, devient crénelé, son bord correspondant à la matrice se décolle, baigne dans un pus sanieux et bientôt on ne trouve plus à l'extrémité du doigt qu'une surface irrégulière, fongueuse, suppurante, présentant çà et là quelques lamelles, derniers vestiges de ce qui fut l'ongle.

Si on laisse les choses aller sans intervenir, le tissu sous-unguéal est bientôt totalement envahi, et un épanchement, un élargissement notable de la phalange indique à l'observateur que le périoste lui-même est pris.

Je ne m'arrêterai pas, Messieurs, au diagnostic de cette affection. On ne saurait guère en effet la confondre qu'avec

l'onyxis syphilitique, absolument rare chez les malades dont nous nous occupons, et avec la tourniole, dont la marche rapide, le dénouement favorable n'ont rien de commun avec ce que nous observons dans le cas présent.

Que faire maintenant à ces dactylites strumeuses dont l'histoire n'est peut-être pas achevée, mais dont la terminaison est toujours grave, si l'on considère l'intérêt majeur qu'ont les malades à conserver, dans toute leur intégrité, les fonctions d'un pouce, d'un index ou d'un médius ?

On est rarement en mesure de soigner ces dactylites au début. Autrement il serait peut-être possible d'enrayer le mal à l'aide de résolutifs, tels que l'emplâtre de Vigo, après avoir soumis toutefois le malade à un régime tonique et reconstituant. Dans quelques cas, au début, j'ai vu de la même façon réussir les bains de mer. C'est ainsi qu'un petit garçon auquel je m'intéressais tout spécialement et que je pus réussir à envoyer à Berck au début de la maladie, revint absolument guéri : absolument, je me trompe ; car l'année suivante, le pouce de l'autre main se prit de la même façon, et nécessita le même traitement, suivi également de succès.

Ce n'est, je le répète, le plus souvent que dans la période d'état, que les enfants se présentent à nous. Il n'y a pas alors à hésiter. Il faut employer le moyen radical que vous nous avez vu si souvent adopter. Il faut abraser du même coup la matrice de l'ongle malade, l'ongle lui-même et le tissu sous-unguéal jusqu'à la phalange. Pour arriver à ce résultat je me sers d'un fort bistouri à lame courte, forte et bien affilée et, le tenant comme si j'allais tailler une plume d'oie, je l'enfonce obliquement à deux millimètres en arrière de la matrice unguéale, puis le ramenant fortement en avant et l'enfonçant profondément jusqu'à la phalange que j'entame, j'enlève un vaste copeau qui intéresse la partie la plus su-

perficielle de la troisième phalange. Je racle alors avec soin cette phalangette jusqu'à ce que le tissu osseux me semble absolument sain, et je m'occupe du pansement.

Il y a toujours, après l'opération, une hémorrhagie assez notable qu'il est nécessaire d'enrayer aussitôt à l'aide du pansement alcoolique. A cet effet, des plumasseaux de charpie imbibés d'alcool sont appliqués sur la plaie, et une compression suffisante est pratiquée à l'aide d'une bande assez fortement serrée. J'ai soin de faire mouiller, dans la journée qui suit l'opération, le pansement ainsi établi, toutes les 3 heures, à l'aide d'alcool étendu d'eau; et je ne procède au second pansement que le troisième jour; je trouve alors la suppuration établie, et l'hémorrhagie n'a aucune tendance à se reproduire. Il s'agit dès lors de mouler le doigt et de lui rendre la forme primitive dont il s'est considérablement écarté, d'abord en raison de la déformation que lui a imprimée la maladie elle-même et sur laquelle nous avons insisté, et aussi à cause de la perte de substance que l'opération lui a fait subir. Je substitue en conséquence au pansement élastique dont on n'a plus grand chose à attendre, le pansement par occlusion de Chassaignac. J'ai déjà eu occasion de parler de ce pansement; qu'il me soit permis d'y revenir ici.

Le pansement par occlusion des doigts, que Chassaignac appelait aussi *pansement en cloche*, consiste dans une première couche de bandelettes de sparadrap, disposées parallèlement à l'axe du doigt et le recouvrant dans toute son étendue. Six à huit bandelettes suffisent pour ce premier temps. Une seconde couche de bandelettes, croisant les premières en circulaires obliques (autrement elles ne seraient pas supportées), est appliquée. Ces bandelettes dont le plein correspond à la face palmaire du doigt, viennent s'entr'ouvrir sur la face dorsale; les deux couches de sparadrap superposées sont ensuite recouvertes d'un enduit épais de

cérat, de cold cream, de vaseline ou de tout autre corps gras, destiné à luter hermétiquement le pansement et à interdire absolument l'accès de l'air; des plumasseaux de charpie, assujettis à l'aide d'une petite compresse et d'une bande, terminent le pansement, que je laisse appliqué cinq jours pleins. Au bout de ce laps de temps, j'enlève les couches superficielles du pansement, et je fends les bandelettes du côté palmaire. Je lave avec soin la plaie, soit avec du vin aromatique, soit avec une solution phéniquée, et je recommence le même pansement.

Il est rare qu'au bout de cinq de ces pansements, la plaie ne soit pas absolument cicatrisée. Le doigt a repris à son extrémité une forme régulière, arrondie, dont l'aspect, si l'on excepte l'ongle manquant, rappelle absolument celui qu'il avait naguère.

Nous terminerons, Messieurs, cette conférence par l'étude de l'exostose sous-unguéale, affection relativement fréquente, puisque nous en observons deux à trois cas par année, soit dans nos salles, soit à la consultation de cet hôpital. Les travaux excessivement nombreux, relatifs à cette affection, ont été récemment résumés dans l'intéressante thèse de M. Variot, et sauf l'interprétation encore conjecturale de certains faits d'anatomie pathologique, on peut dire que l'histoire de l'exostose sous-unguéale est faite.

On considère généralement, en France, Dupuytren comme ayant signalé et décrit, le premier, l'exostose sous-unguéale du gros orteil, mais cette paternité est loin d'être indiscutable.

Ainsi, pour ne parler que de la France, dès 1756, André, chirurgien de Versailles et de St-Cyr, avait déjà connaissance de cette affection, et Liston, en Angleterre, l'avait mentionnée bien avant Dupuytren. Aussi Duncan, dans un arti-

elle du *Journal d'Edimbourg*, publié en 1826, considère-t-il Liston comme l'inventeur de l'exostose sous-unguéale. Elle avait été également signalée par A. Cooper, de sorte qu'il ne reste plus à Dupuytren que l'honneur incontesté d'en avoir fait une description magistrale.

Depuis, les diverses questions relatives à l'exostose sous-unguéale ont été reprises par Velpeau, par Roux, par Blandin, par Follin qui, à la Société de Biologie, présenta en 1849, une observation relative à cette affection, par Legoupil, qui publia, en 1850, un mémoire sur le même sujet, et enfin par Dolbeau, par les professeurs Richet et Gosselin, dans leurs leçons cliniques.

D'après la plupart de ces nombreux travaux, aussi bien que d'après notre expérience personnelle, l'adolescence est une condition étiologique de premier ordre par rapport à l'exostose sous-unguéale. Dupuytren et M. Gosselin ne l'ont pourtant pas signalée: c'est Legoupil qui, le premier, a dit: « les sujets à moi connus sont compris pour la plupart entre 15 et 20 ans. Je n'en ai pas trouvé au-dessus de 26 ans. » En revanche, M. Gosselin a relaté une observation prise sur une femme de 47 ans.

On s'accorde en général à considérer l'affection qui nous occupe comme beaucoup plus fréquente chez les filles que chez les garçons. M. Besnier croit qu'on a beaucoup exagéré l'importance de ce point, contesté absolument par M. Gosselin, d'après lequel il y aurait plus de garçons atteints d'exostose sous-unguéale, que de filles atteintes d'ongle incarné.

La cause efficiente serait, d'après Legoupil, l'usage d'une chaussure trop étroite, et surtout des sabots. Si l'on tient compte d'une prédisposition signalée par M. Verneuil, tenant à l'âge peu avancé des jeunes sujets et sur le travail d'ossification très actif qui s'accomplit en eux, on peut

considérer aussi comme une cause efficiente les chocs, les frottements que produit la chaussure sur les orteils en voie de formation osseuse.

Quoi qu'il en soit, l'affection débute souvent par une sensibilité exagérée du gros orteil et par une sorte d'usure de la partie antérieure de l'ongle. Bientôt l'ongle se soulève; les marches un peu prolongées, les moindres chocs déviennent insupportables; et les malades se décident à avoir recours à un chirurgien. On constate alors que l'orteil est régulièrement conformé, mais qu'a son extrémité antérieure l'ongle paraît soulevé par un corps dur; le bord de l'ongle est court et dépassé par une sorte de durillon épais qui se continue avec le derme sous-unguéal et s'épanouit à l'extrémité de l'orteil.

Si l'on a la bonne fortune de pouvoir examiner non pas une exostose détachée et, par suite, plus ou moins altérée dans ses rapports et dans sa structure, mais bien une pièce complète résultant de l'amputation, ou mieux, de la désarticulation de la phalange qui supporte l'exostose, voici ce que l'on constate: Après avoir divisé l'os suivant son grand axe, à l'aide d'un trait de scie, on remarque que toute la face dorsale est revêtue d'une couche fibreuse blanche, épaisse, représentant le périoste et atteignant quelques millimètres de hauteur. En avant, la couche fibreuse s'épanouit vers l'extrémité de l'ongle et constitue une sorte de bourrelet ou de durillon représentant, confondus dans un même tissu, les éléments du périoste, du derme sous-unguéal et même de la peau. L'exostose qui s'est développée sur la face dorsale, à l'union des deux tiers postérieurs avec le tiers antérieur, est supportée par un pédicule assez mince ou repose sur une large base. Elle prend presque aussitôt après son émergence une disposition fongiforme et aplatie

à sa face supérieure, soulève le tissu fibreux et le tiers antérieur de l'ongle.

Le tissu de l'exostose ne diffère pas de celui du corps de l'os et semble être une expansion du tissu spongieux de la phalangette.

L'exostose sous-unguéale se compose donc, le plus souvent, d'une portion osseuse centrale et d'une portion fibreuse périphérique se moulant sur la première. Mais il est aussi souvent fait mention, dans les observations, d'exostoses sous-unguéales cartilagineuses, enchondromateuses, fibro-cartilagineuses, fibreuses, squirrhoïdes, et là se rencontre une sorte de difficulté par rapport à la pathogénie de l'affection, difficulté qu'il ne faudrait pas exagérer jusqu'à en tirer la conséquence que l'exostose sous-unguéale fût une tumeur maligne, car Dolbeau, quelque recherches qu'il ait faites à ce sujet, a déclaré l'impossibilité pour lui de trouver jamais un véritable enchondrome dans une exostose sous-unguéale.

La difficulté paraît beaucoup plus facile à résoudre si l'on considère, par rapport à la pathogénie de l'affection, deux formes : la première, *ostéo-fibreuse*, qui correspond au type le plus généralement décrit; et la seconde, *fibro-cartilagineuse*, ou *cartilagineuse osseuse*, ou *fibro-cartilagino-osseuse*.

La genèse de la première forme est d'une limpidité parfaite. On peut voir sur les coupes de phalanges d'enfants de 4 mois à 5 ans, que les ostéoblastes ou éléments de la couche ostéogène, rares même auprès de l'épiphyse, forment une couche continue à l'extrémité antérieure de l'os. Cette formation d'os à l'extrémité unguéale est très précoce et l'on comprend que, sous l'influence d'une cause, même d'intensité médiocre, la région devienne le siège d'une prolifération morbide des ostéoblastes et, tranchons le mot,

d'une ostéo-périostite qui se traduira par la production d'une quantité plus ou moins considérable de nouveau tissu osseux.

L'exostose cartilagineuse est moins facile à expliquer, à une époque déjà avancée de la vie, alors que le cartilage fœtal a disparu depuis longtemps. Ce ne sont pas les explications ingénieuses qui manquent pour rendre compte du fait, aussi indiscutable que paradoxal, de la présence du cartilage dans certaines exostoses sous-unguéales, mais il y en a trop où elles sont trop ingénieuses, n'étant d'ailleurs appuyées sur aucune donnée certaine. Je vais les mentionner rapidement. Faut-il admettre qu'une épiphyse accidentelle, avec sa zone cartilagineuse, persiste au niveau de l'extrémité phalangienne, ce qui serait contraire à ce que disent tous les auteurs qui n'admettent qu'une seule épiphyse normale et à une petite distance de la surface articulaire ?

Faut-il admettre l'existence d'un point osseux complémentaire antérieur, existence qu'il ne nous a jamais été donné de constater? Faut-il supposer avec Virchow qu'un segment isolé du cartilage fœtal, retardé dans son ossification, continue son évolution propre avec le même retard? Le cartilage enfin sera-t-il considéré comme purement embryonnaire, surtout dans la variété cartilagineuse intra-périostique de l'exostose? Toutes ces explications sont de pures hypothèses. Si l'on veut s'en tenir à l'observation des faits, on n'a jamais constaté la persistance du cartilage fœtal, et l'on ne voit de cartilage nouveau se produire dans l'organisme que sous l'influence du traumatisme. Cruveilhier, Langenbeck, M. Gosselin ont observé des formations de cartilage là où il n'en existait pas sur des pièces anatomiques après certaines fractures ou à la suite de certaines luxations. Pourrait-on à la rigueur tirer quelque chose pour

l'explication de l'exostose cartilagineuse des formations de cartilage consécutives au traumatisme des membres? Ce serait une tentative peu en rapport avec l'esprit ordinaire de notre enseignement. J'aime mieux reconnaître que dans certaines exostoses sous-unguéales la présence du cartilage est indéniable, et ne voyant pas bien ce qu'une explication nouvelle plus ou moins heureuse pourrait fournir de considérations utiles au pronostic ou au traitement, renoncer à expliquer cette présence.

L'exostose sous-unguéale forme donc une petite tumeur, quelquefois sessile, quelquefois pédiculée, d'où résulte toujours une saillie sur l'os. Le tissu par lequel cette saillie est constituée, qu'il soit osseux ou cartilagineux, affecte deux formes. Ou bien ce tissu se continue sans lignes de démarcation avec le fer à cheval de la phalange, ou bien, comme l'avait vu Blandin, la tumeur forme un noyau intra-périostique, absolument indépendant et séparé de l'os par une couche fibreuse. La coupe fait voir une masse calcaire, rappelant le tissu spongieux, incluse dans une couche fibreuse superficielle, ou bien une masse complètement ossifiée recouverte par une gangue fibreuse très mince, ou enfin un noyau cartilagineux au milieu d'une gangue fibreuse très épaisse, qui constitue presque toute la tumeur.

La nature même de l'affection que nous étudions nous rend compte des difficultés énormes que nous allons rencontrer dans la thérapeutique. Rien n'est plus sujet à la récidive que l'exostose sous-unguéale, et l'on comprend que les moyens radicaux aient seuls pu inspirer aux chirurgiens une confiance absolue : je veux parler de l'opération de résection de Debrou ou de la désarticulation de la phalange. La première de ces opérations n'est applicable qu'aux cas très rares où l'exostose naît seulement du bord en fer à cheval de la phalangette ; aussi, la désarticulation, malgré

la mutilation qu'elle cause, malgré les dangers qu'elle peut faire courir au malade, dangers fort atténués, il est vrai, par les progrès dus à la méthode antiseptique, me semble le seul moyen définitif. Je voudrais vous laisser cette impression pour vous éviter les tâtonnements, communs à tous les débutants, et fort inférieurs à l'abstention pure et simple par les opérations inutiles qu'ils engendrent. Je compte au nombre de ces opérations l'abrasion de l'exostose, n'intéressant que la zone fibreuse, qui ne donne et ne peut donner aucun résultat, mais je ne puis mentionner avec la même défaveur l'énucléatiou ou mieux l'évidement de l'exostose, suivi ou non de la cautérisation au fer rouge. Les procédés d'évidement et de grattage des os que nous possédons aujourd'hui donnent à cette opération quelques chances de succès par lesquelles on semblerait autorisé à y avoir recours et en espérer un résultat curatif avant d'en venir à la désarticulation, ressource ultime, en cas d'insuccès. Après avoir enlevé, abrasé l'exostose, il faudrait procéder à un grattage complet, à un évidement du tissu spongieux de la phalangette; de cette façon, on aurait des chances sérieuses de guérison radicale.

REVUES DIVERSES

I. — Comptes rendus de livres.

Traité clinique et pratique des maladies des Enfants, par F. Rilliet et E. Barthez. — Troisième édition, entièrement refondue et considérablement augmentée, par E. Barthez et A. Sanné.

Il y a trente ans que parut la deuxième édition du *Traité clinique et pratique des maladies des enfants*, par Rilliet et Barthez. A cette époque, j'étais élève de M. Barthez, et mon maître me fit l'honneur de me donner son ouvrage. Cette seconde édition était si différente de la pre-

mière, qu'on la pouvait considérer comme une œuvre nouvelle, et, de fait, c'est à partir de ce moment que le Traité clinique prit dans la science le haut rang qu'il y a conservé.

Lorsque je le reçus des mains de mon maître, je n'étais pas encore en état d'en apprécier la valeur; je n'avais ni la maturté de jugement, ni la somme de connaissances nécessaires. Je le lus néanmoins d'un bout à l'autre, notant les passages qui me paraissaient les plus frappants, et remettant à une seconde, à une troisième lecture, de pénétrer plus avant dans la pensée des auteurs. Depuis lors, j'ai bien souvent étudié en détail les chapitres qui composent cette œuvre magistrale, et je ne me suis jamais livré à de nouvelles recherches sans y trouver de nouvelles lumières; ma situation dans un hôpital d'enfants, à la tête d'un service considérable, me rendait particulièrement précieux ce riche trésor d'originalité et d'érudition consciencieuse. Dans chacune de ses parties, en effet, se trouvent amplement exposés et discutés les travaux des écrivains qui ont abordé le même sujet, et tout cet appareil d'érudition critique, qui, à lui seul, suffirait à bien des auteurs, n'est que le point de départ et le préambule d'une monographie complète, où abondent les idées neuves et les vues originales, et où la précision des faits, l'ampleur des développements, la qualité des observations satisfont pleinement l'esprit.

Enfin, les nombreux matériaux dont se compose ce vaste ensemble, sont répartis en plusieurs grandes classes, dans lesquelles toutes les parties de l'œuvre trouvent leur place et leur rang. Chacune de ces classes renferme un groupe de maladies ou d'états morbides réunis sous une appellation commune, et les auteurs, avant de décrire chaque maladie ou chaque état morbide, commencent par exposer en quelques pages les idées générales qui. selon eux, dominent les faits particuliers. C'est ainsi qu'ils font précéder l'étude de la méningite, de la congestion cérébrale, de l'encéphalite, de la myélite, du coryza catarrhal ou pseudo-membraneux, etc.. par des préliminaires sur les catarrhes et les phlegmasies en général; celle de l'hydrocéphalie, de l'œdème du larynx et du poumon, de l'hydrothorax, de l'ascite, de l'anasarque, par des préliminaires sur les hydropisies; celle de l'hémorrhagie cérébrale, de l'épistaxis, de l'hémoptisie, du purpura, par des préliminaires sur les hémorrhagies, sans préjudice des chapitres consacrés aux généralités sur les phlegmasies des voies respiratoires, à la description générale des maladies catarrhales, etc.

Ainsi, le traité de Rilliet et Barthez renferme à la fois les détails

les plus minutieux, les observations les plus précises, les conseils les plus pratiques, avec les idées théoriques les plus vastes, les plus larges aperçus philosophiques. C'est donc une œuvre de haute envergure, qui tient une place considérable dans la littérature médicale de la seconde moitié du siècle. Et la place qu'elle occupe serait encore plus grande, si l'exécution était toujours à la hauteur de la conception première.

Mais, il faut l'avouer, ce livre a un défaut : Si l'ordonnance générale en est imposante, certaines parties sont moins heureusement venues; après en avoir compris et admiré l'ensemble, le lecteur se perd un peu, tantôt dans la multiplicité des détails, tantôt dans l'obscurité des idées philosophiques. Parfois même, il est contraint de chercher en différents endroits les fragments épars d'une unité morbide qu'il doit peu à peu reconstruire. Telle est, par exemple, la diphthérie qui ne se montre nulle part tout entière, et dont les membres dissociés se retrouvent en des points souvent fort éloignés les uns des autres. Si j'osais hasarder une comparaison, je dirais que ce manuscrit scientifique ressemble à une cathédrale de style flamboyant, dont la majestueuse hauteur se perd dans les ténèbres, et qui dissimule la richesse de ses fines sculptures dans l'enchevêtrement de ses arceaux et de ses colonnettes. Le touriste qui la visite parcourt d'abord avec admiration la nef et le transept, puis il s'égare dans le fouillis des chapelles latérales, et il ne distingue qu'avec peine les broderies de la pierre et les sculptures à la lumière indécise qui tombe des hautes fenêtres ogivales. Cependant, pour peu qu'il soit artiste, il ne tarde pas à s'orienter, au milieu de ce dédale, et il éprouve alors un charme singulier à découvrir des merveilles noyées et comme perdues dans cette demi-obscurité. Eh bien, on éprouve un sentiment analogue lorsqu'on fait quelque découverte au milieu des richesses répandues à profusion dans l'œuvre de Rilliet et Barthez, et ces bonnes fortunes sont fréquentes : tantôt on trouve la description exacte de la broncho-pneumonie disséminée, subaiguë, au milieu de la bronchite capillaire, tantôt une série d'observations de symphyses cardiaques fait reconnaître au lecteur attentif l'importance capitale de la péricardite avec adhérences dans les maladies du cœur chez l'enfant, tantôt, sous le nom de laryngite pseudo-membraneuse secondaire, on reconnaît les laryngites pseudo-membraneuses infectieuses de la fièvre typhoïde et de la variole, dont la place nosologique n'a été déterminée que tout récemment; et, à mesure que l'on pénètre ainsi plus pro-

fondément dans l'intimité du livre, on en jouit, on s'y attache davantage, parce qu'on s'y crée, en quelque sorte, une part de collaboration.

Le temps marque de son empreinte toutes les œuvres humaines, et les œuvres scientifiques plus vite encore que les autres. Celle de Rilliet et Barthez ne pouvait échapper à la loi commune ; elle a vieilli. Elle est restée debout cependant, et pour ceux qui, comme moi, la connaissent dans son ensemble et dans ses détails, elle a conservé sa valeur première. Le traité clinique et pratique des maladies de l'enfance est devenu en quelque sorte un ami, que nous aimons à consulter, dont nous écoutons, dont nous interprétons les réponses, et dont nous n'apercevons plus ni les défauts, ni les rides ; car s'il a vieilli, nous avons vieilli avec lui.

Mais, depuis trente ans, de nombreuses générations sont entrées dans la vie scientifique, et les dernières venues sont bien jeunes. Fallait-il réimprimer pour elles un ouvrage ancien, dont l'édition est depuis longtemps épuisée ? M. Barthez n'y eut pas songé peut-être ; le public médical y songea pour lui. On lui demanda une troisième édition ; il ne pouvait la refuser.

Cependant, une difficulté se présentait : Devait-on se borner à une réimpression ? Devait-on, au contraire, refondre entièrement l'ouvrage, pour le mettre au courant des acquisitions scientifiques modernes ? Avec une modestie rare, et peut-être excessive, M. Barthez a pris le dernier parti. Seulement, pour accomplir sa tâche, il lui fallait un collaborateur : il a choisi son gendre, le Dr Sanné, dont on connaît les travaux et le mérite. Il lui a demandé de rajeunir le vieil édifice, et d'employer à cette construction nouvelle, non-seulement les matériaux rassemblés depuis plus de vingt ans, mais encore ceux que lui fournissaient les recherches et les découvertes les plus récentes. C'est une collaboration dans laquelle l'un apporte son grand sens médical et sa vaste expérience, et l'autre fournit son érudition et son talent de rédacteur. Cette union ne pouvait produire que d'excellents fruits.

Mais elle exigeait aussi de grands sacrifices, et, je suis tenté de croire que M. Barthez ne s'est résigné qu'avec peine à quelques uns d'entre eux. Il était difficile, en effet, peut-être même impossible de laisser à l'édifice sa physionomie primitive ; les idées modernes se seraient malaisément accommodées aux anciennes divisions : il eût fallu se livrer à un travail de mosaïque où les tons n'auraient pas toujours été bien fondus. Ces difficultés ont certainement frappé les

deux auteurs ; les convictions de l'un ont entraîné celles de l'autre, et ils se sont résolus enfin à démolir héroïquement le vieux monument, et à en construire un autre, sur un plan entièrement nouveau.

Tout en convenant que le parti qu'ils ont pris est le plus sage, il nous est permis de donner un regret aux choses disparues, et de songer avec mélancolie à ce passé où se confond la jeunesse de l'œuvre et la nôtre. Mais, ce tribut payé aux souvenirs, nous constatons loyalement et avec joie les mérites de la nouvelle édition.

L'ordonnance en est très simple. L'ouvrage commence par une *introduction* qui renferme des considérations générales sur l'état physiologique et pathologique des enfants et sur les principes généraux de thérapeutique qu'il convient de leur appliquer. Cette introduction n'a subi presque aucun changement en passant de la seconde édition dans la troisième. Je n'ai pas a en faire l'éloge. Pour le reste du traité, la classification par appareils a été substituée à la classification par nature de maladies, et l'on y trouve successivement étudiées les maladies du système nerveux, celles de l'appareil circulatoire, de l'appareil digestif et de ses annexes, de l'appareil génito-urinaire des organes des sens, de la peau et du tissu cellulaire, les maladies générales spécifiques, les maladies générales constitutionnelles, les maladies parasitaires.

Il n'est pas besoin d'y regarder de très près pour reconnaître que cette classification est critiquable en certaines de ses parties ; on ne saisit pas bien, par exemple, la distinction établie entre les maladies générales spécifiques et les maladies générales constitutionnelles ; on songe que le domaine des maladies parasitaires est aujourd'hui bien mal limité; on peut trouver que le rapprochement fait entre les maladies de la peau et celles du tissu cellulaire est un peu arbitraire.... Mais je me garderai d'insister sur ce reproche, car je suis absolument convaincu que dans les sciences biologiques, et en particulier dans la médecine, aucune classification rationnelle n'est aujourd'hui possible. Il suffit, selon moi, que les faits nosologiques soient rangés dans un ordre dont l'esprit suive le développement sans fatigue ; demander davantage à un auteur, c'est exiger de lui plus que la science actuelle ne saurait donner.

D'ailleurs le premier volume que nous possédons seul, contient exclusivement les maladies du système nerveux et celles de l'appareil respiratoire, c'est-à-dire celles dont le groupement est le mieux justifié.

L'histoire des maladies du système nerveux a été si profondément bouleversée depuis vingt ans, que le lecteur doit s'attendre à ne retrouver ici que de faibles traces de l'ouvrage ancien. Non seulement les chapitres consacrés à la paralysie spinale atrophique, à la paralysie pseudo-hypertrophique, à la sclérose en plaques, sont entièrement nouveaux, mais encore ceux qui traitent des hémorrhagies méningées, de l'encéphalite, du ramollissement cérébral de l'atrophie, et de l'hypertrophie du cerveau ont été profondément remaniés et renouvelés. Ce sont là d'excellentes études nosologiques, où le praticien trouvera les renseignements les plus exacts et les plus précis. On y pourrait sans doute signaler quelques lacunes; il n'est pas fait mention, par exemple, du tabes dorsal spasmodique, dont plusieurs cas ont été observés chez l'enfant, et qui paraît être le première étape de la sclérose en plaques de la moelle.

On pourrait également regretter que l'histoire de la méningite aiguë simple n'ait pas été mise tout à fait au courant de la science actuelle, que la division en forme phrénétique et forme délirante ait été conservée, que la confusion faite dans la seconde édition entre toutes les espèces de méningites ait persisté dans la troisième. Mais ce sont là des taches légères sur lesquelles il serait injuste d'insister.

D'ailleurs, malgré les grands progrès accomplis dans ces dernières années, les affections du système nerveux chez l'enfant, particulièrement celles de l'encéphale, présentent encore tant d'obscurités, que personne ne peut se flatter de les dissiper toutes. J'exposais dernièrement, dans cette Revue même, une partie de ces difficultés, à propos de la guérison des méningites, mais j'abordais un seul des problèmes que la nature nous pose sans cesse et je n'arrivais pas même à le résoudre tout à fait. Aussi, lorsqu'on se trouve en présence de ces hémiplégies, de ces contractures de cause cérébrale, qui frappent les enfants, soit pendant la vie intra-utérine, soit dans les deux ou trois premières années qui suivent la naissance, et qu'on cherche à préciser la lésion et surtout la maladie qui les a produites, on est souvent arrêté par des obstacles tels qu'on renonce à les surmonter. Nous devons donc savoir le plus grand gré à MM. Barthez et Sanné d'avoir traité avec compétence et autorité ces questions ardues, et de nous avoir dit, dans un langage clair et précis, tout ce que sait la science moderne.

J'ai lu avec d'autant plus d'intérêt les pages consacrées à l'étude des maladies de l'appareil respiratoire, que je m'en suis moi-même

occupé avec une sorte de prédilection, et que j'ai écrit sur ce sujet tout un volume. Mais je suis un peu embarrassé pour dire de cette partie de l'ouvrage tout le bien que j'en pense. MM. Barthez et Sanné me citent si souvent et avec tant de grâce courtoise, ils signalent si fréquemment l'accord qui règne entre nous sur un grand nombre de points, qu'ils m'ont rendu l'éloge difficile. Ce n'est pas cependant que la communauté de vues soit absolue: Ainsi, les auteurs me paraissent accepter trop facilement l'idée de pneumonie abortive, et faire trop bon marché de la congestion simple aiguë du poumon. Je ne suis pas non plus de leur avis sur une question de nosologie et d'anatomie pathologique qui me semble avoir une certaine importance : je veux parler de la coexistence possible chez un même malade, parfois dans un même poumon, d'une pneumonie lobaire et d'une broncho-pneumonie. MM. Barthez et Sanné regardent le fait comme absolument démontré, tandis que je crois avoir prouvé le contraire. Jamais, selon moi, ces deux formes d'affections pulmonaires ne se trouvent réunies; les prétendues pneumonies lobaires décrites dans ce cas sont simplement des noyaux de broncho-pneumonie pseudo-lobaires; c'est-à-dire, en d'autres termes, que l'on trouve partout de la broncho-pneumonie, mais arrivée à divers degrés d'évolution et de fusionnement. Je formulerai encore les plus expresses réserves à propos du pronostic de la pneumonie lobaire franche ou primitive, que je regarde comme absolument favorable, au moins chez les enfants qui ont dépassé les dix-huit premiers mois de leur existence; jamais ni Parrot ni moi n'en avons fait une seule autopsie.

Mais voilà, ce me semble, assez de critiques; il ne faut pas que la crainte de trop louer m'entraîne au delà des bornes. Le lecteur pourrait être surpris à bon droit de cette étrange manière de témoigner mon estime pour une œuvre consciencieuse, profondément étudiée, infiniment intéressante et qui n'a peut-être d'autre défaut que d'avoir raison contre moi. Nous ne sommes séparés, d'ailleurs, que sur des questions de détail, auxquelles le public médical n'attache sans doute qu'une importance médiocre.

Je tiens donc, en terminant, à insister encore sur la valeur de ce premier volume du *Traité clinique et pratique des maladies des enfants.* C'est un livre que tout praticien doit avoir, s'il veut se tenir au courant de la science, et s'il désire posséder l'ensemble de la pathologie infantile, réunie sous une forme didactique.

E. Cadet de Gassicourt.

II. — Extraits divers.

De la pseudo-méningite des jeunes sourds-muets (*Académie des sciences*, séance du 2 juin 1884). Communication du Dr Boucheron. — M. Boucheron rappelle tout d'abord que bon nombre de surdi-mutités débutent par des phénomènes méningitiformes; que beaucoup de jeunes sourds-muets sont longtemps dans l'impossibilité de marcher, et que la plupart d'entre eux sont soumis à des accidents nerveux bizarres; enfin, que ces phénomènes sont attribués généralement à une méningite cérébro-spinale laissant après elle de la surdité, de la parésie des membres inférieurs et de l'excitation cérébrale.

Mais, d'après les recherches de l'auteur, dans beaucoup de cas il ne s'agit pas d'une méningite ni d'une otite primitive, comme l'a admis Voltolini; mais, le plus souvent, ces phénomènes pseudo-méningitiques seraient la traduction d'une excitation violente des nerfs labyrinthiques. Ils se produiraient d'après le mécanisme suivant, susceptible d'être modifié sans trop de difficultés :

A la suite d'un catarrhe *a frigore*, ou rubéolique, ou scarlatineux, ou typhoïdique, etc., les trompes d'Eustache se sont oblitérées, le vide aérien s'est produit dans la caisse du tympan. Alors la pression atmosphérique, sans contrepoids, a refoulé le tympan et les osselets dans le labyrinthe. Le liquide labyrinthique, ainsi pressé, a transmis la pression aux terminaisons des nerfs labyrinthiques. La pression excitatrice des nerfs auditifs proprement dits détermine les bourdonnements et la surdité. En outre, l'excitation otopiésique, transmise par les nerfs auriculaires au bulbe, met en jeu les pneumo-gastriques, les nerfs spinaux qui animent les sterno mastoïdiens et le trapèze, les nerfs faciaux, les nerfs moteurs de l'œil, le centre vaso-moteur bulbaire, le centre thermogène, et, même au-dessous du bulbe, les nerfs médullaires, les nerfs cervicaux, brachiaux, thoraciques, abdominaux, dorso-lombaires, etc.

M. Boucheron termine sa communication par les caractères diagnostiques de l'otopiésis pseudo-méningitique. (*Semaine médicale.*)

Affection du pédoncule droit du cerveau, diagnostiqué pendant la vie (*Société de médecine de Berlin*, séance du 11 juin). — M. Baginski observa chez un enfant, né le 28 juin 1883, une paralysie totale du nerf facial gauche, et, en même temps, un ptosis du côté droit. Il

s'agissait donc d'une paralysie du facial gauche et du nerf oculo-moteur droit. La pupille de l'œil droit était dilatée et ne présentait qu'une réaction lente. Enfin, on constata un strabisme divergent. Il fallait donc qu'il y eût, ou bien une tumeur d'une étendue assez grande à la base du cerveau, ou bien une affection centrale. Or, comme l'oculo-moteur n'était pas atteint dans sa totalité et que tout symptôme méningitique faisait défaut, on pouvait supposer l'existence d'une affection centrale dans la partie de la protubérance où se trouve le noyau du nerf oculo-moteur. Bientôt des convulsions des extrémités gauches se manifestèrent, et, dès ce moment, on put conclure, avec une vraisemblance assez grande que, outre la partie antérieure de la protubérance, le pédoncule droit du cerveau était atteint. L'enfant ayant succombé, l'autopsie fit voir en effet une lésion du pédoncule droit, siégeant au niveau du point où il émerge de la protubérance. (*Semaine médicale.*)

Troubles psychiques dans la première enfance, par le Dr Leidesdorf (*Société impériale et royale des médecins de Vienne*). Séance du 23 mai 1884. — Il y a environ cinquante ans, dit l'orateur, on niait absolument l'existence de troubles psychiques chez les enfants. Dans ces dix dernières années, les aliénistes ont commencé à s'occuper plus attentivement de cette question. Si l'on regarde les statistiques des maisons d'aliénés, on est frappé du petit nombre d'enfants qui s'y trouvent. Ainsi, la statistique de la maison d'aliénés de Döbling (Vienne) montre, en trois ans, une réception de 1,714 malades âgés de plus de 18 ans, et de 17 âgés de moins de 18 ans. Aussi ne peut-on se faire une idée exacte de la fréquence des troubles psychiques chez les enfants, d'après le recensement de la population. Le dernier recensement de Berlin a montré que, dans l'âge adulte, il y a un aliéné sur 400 personnes, et dans l'enfance, un aliéné sur 1,400 individus. On ne peut donc tirer aucune conclusion de ces statistiques.

D'après les études et les observations minutieuses de M. Leidesdorf. il n'y a presque pas de troubles psychiques permanents chez les enfants, mais beaucoup de psychoses passagères. Tels sont les états de dépression que M. Leidesdorf a observés chez des enfants de 4 à 5 ans, qui, tout d'un coup, sont déprimés, tristes et de mauvaise humeur. Il a vu une petite fille instruite, bien élevée, intelligente et

d'ailleurs très gaie qui, saisie soudainement de la crainte de perdre ses parents, de rester orpheline, délaissée de tout le monde, tomba dans une profonde dépression.

La dépression est quelquefois produite chez les enfants par une trop vive inquiétude sur leur état de santé; cela tient à ce que les parents montrent souvent un empressement exagéré à s'inquiéter de la santé de leurs enfants. Une autre cause de ces états de dépression est la vue d'individus morts ou malades.

Les hallucinations jouent un grand rôle dans la vie psychique des enfants. M. Leidesdorf a vu des enfants qui présentaient ces phénomènes au plus haut degré. Ces enfants deviennent pensifs, s'endorment, ont les cauchemars les plus terribles ; tout d'un coup, ils sautent de leur lit, crient, disent voir des figures grimaçantes, des chiens, des chats, des serpents aux yeux flamboyants, des animaux féroces ; enfin ils s'endorment de nouveau et, lorsqu'ils s'éveillent, ils sont lucides, tranquilles et n'ont pas la moindre idée de ce qui s'est passé.

Il est encore un état psychique qui se rencontre quelquefois chez eux; c'est le somnambulisme naturel, qui survient par attaques, plusieurs fois par jour, non pas pendant le sommeil, mais à l'état de veille. M. Leidesdorf rapporte un cas de ce genre:

Une fille de neuf ans, intelligente et bien élevée, un peu anémique, est venue le voir avec sa mère. Les dix premières minutes, pendant lesquelles sa mère racontait les antécédents de la maladie, l'enfant était tranquille. Tout à coup, elle se met au piano, commence à jouer et à s'accompagner en chantant, puis elle se lève, commence à danser et traverse en dansant toutes les chambres jusqu'à ce qu'elle arrive dans le cabinet d'étude du professeur. Là elle voit quelques crânes, ce qui l'effraie beaucoup. En dansant elle retourne dans le cabinet dont elle était partie, chante, danse exactement d'après la musique, puis elle s'assied et peu à peu redevient calme, lucide et tranquille, sans montrer la moindre fatigue et sans avoir la moindre connaissance de tout ce qu'elle avait fait quelques minutes auparavant, les yeux ouverts.

Enfin, il est une autre catégorie de troubles psychiques qui, malheureusement, ne sont pas transitoires, comme les précédents, mais qui persistent toute la vie. Ce sont les imaginations forcées (*Zwangsvorstellungen*) sur lesquelles la volonté n'a aucune influence. C'est ainsi, par exemple, qu'une fille est saisie de crainte à la vue d'une

aiguille, craignant de l'avaler, etc. D'autres fois ce trouble se manifeste par des questions : Qu'est-ce que l'existence? Qu'est-ce que la création, le monde, la nature? Est-ce que nous existons? etc., etc. Sans aucun doute, de telles pensées sont propres à troubler toute la vie des malheureux qui en sont atteints.

Des troubles psychiques durables chez des enfants âgés de moins de 14 ans étant rares, M. Leidesdorf a cru devoir relater quelques cas de ce genre :

1° Un enfant de 9 ans, toujours bien portant, fut atteint d'une méningite, dont il guérit.

Quelque temps après sa guérison, il eut des attaques maniaques, il se croyait le supérieur de tous ses collègues, se proposait d'entreprendre de grands voyages, finalement il eut le délire des grandeurs dans toute sa forme.

Cet état est resté permanent et le malade est incurable.

2° Une fille de 6 ans, qui a eu une coqueluche suivie d'épistaxis, devient tout à coup timide, elle croit que sa sœur la persécute, qu'elle introduit du poison dans ses aliments; bref, elle a un délire de persécution. Après traitement, il y eut guérison.

3° Un garçon de 12 ans a eu, dans sa deuxième année, une méningite et, depuis lors, de fréquents maux de tête; d'ailleurs c'était un garçon intelligent, appliqué, toujours le premier dans sa classe, et ses maîtres étaient satisfaits de lui. Un jour, il vient à la maison et se plaint à ses parents que ses maîtres le persécutaient, qu'ils étaient tout à fait mécontents de lui, enfin qu'il était fort malheureux. Lorsqu'il allait dans la rue, il lui paraissait que de ses cheveux tombaient des bandes de papier, sur lesquelles étaient écrites les plaintes de ses maîtres sur sa conduite et sur sa mauvaise application. C'était donc là aussi une forme du délire de persécution. Cet état s'est amélioré, puis il a récidivé, pour arriver enfin à complète guérison.

Les névroses (surtout la chorée, l'épilepsie et l'hystérie) peuvent mener à des troubles psychiques qui ne disparaissent qu'avec la maladie principale.

Il y a quelques années, M. Leidesdorf a observé un cas de chorée avec hallucinations consécutives.

Dans l'épilepsie des enfants, on observe très souvent du vertige, qui n'est remarqué ni par les parents, ni par les enfants. Or, ce vertige a une grande influence sur l'éducation des enfants, sur toute leur vie psychique, et provoque souvent des états hypnotiques.

Enfin, l'hystérie provoque assez souvent des hallucinations, des délires et des paralysies compliquées. On a dit que fréquemment ces phénomènes hystériques sont simulés. Mais cette simulation même, qui souvent se fait au préjudice de la commodité et du bien-être de ces personnes, est une véritable psychose. A l'appui de cette opinion, M. Leidesdorf cite quelques cas très remarquables qu'il a eu l'occasion d'observer.

Enfin, M. Leidesdorf rapporte un cas d'encéphalite chronique interstitielle diffuse, ou paralysie progressive des aliénés, chez une jeune fille de 15 ans. Cette affection se rencontre très rarement chez les individus entre 20 et 30 ans. Les aliénistes ont trouvé que, sur le total des cas de ce genre, il n'y a que 2 0/0 d'individus entre 20 et 30 ans. On n'en cite qu'un seul exemple avant l'âge de 20 ans; le cas de M. Leidesdorf est donc le second de ce genre dans la littérature médicale. (*Semaine médicale.*)

Traitement de la diphthérie par les fumigations de goudron du Dr Delthil, devant la *Société médicale des hôpitaux* (séances du 9 et du 23 mai 1884). — M. Legroux ayant demandé, dans la séance du 9 mai, si quelqu'un de ses collègues des hôpitaux avait expérimenté la nouvelle méthode de traitement de la dipthérie, préconisée par M. le Dr Delthil, de Nogent-sur-Marne, et, au cas où elle aurait été expérimentée, quels sont les résultats qui ont été obtenus.

M. d'Heilly répond que, pour son compte personnel, il a fait des recherches pour s'assurer de la valeur de cette méthode. On sait en quoi consiste celle-ci : le petit malade est placé dans une chambre isolée où l'on fait brûler, dans un appareil spécial, du goudron de gaz dont les vapeurs sont ainsi mises en liberté dans l'atmosphère de la chambre, d'une manière ininterrompue; les vapeurs s'introduisent dans les voies respiratoires et leur action se manifeste au bout de quelque temps par une expectoration plus facile et plus abondante, donnant passage à des mucosités catarrhales, qui ne seraient autre chose que les fausses membranes elles-mêmes dont ces vapeurs faciliteraient ainsi la dissociation, et par suite l'expulsion. Les essais de M. d'Heilly ont été faits avec le concours de M Delthil lui-même à l'hôpital Trousseau sur une série de petits malades qui avaient subi préalablement l'opération de la trachéotomie. Sur 5 de ces malades, 4 succombèrent, mais il convient de dire que ces malades

étaient dans de mauvaises conditions : chez l'un, la diphthérie était secondaire, ayant succédé à la rougeole; chez d'autres, il existait des causes de débilitation dont il convient de tenir compte dans l'appréciation des résultats du traitement. Tels qu'ils sont, ces résultats ne peuvent donc suffire à juger la valeur de la méthode et il faut attendre de nouveau, car M. d'Heilly a constaté, d'ailleurs, que ces inhalations de vapeur de goudron n'étaient pas dépourvues de tout inconvénient, et il a cru remarquer notamment qu'elles amenaient une augmentation visible dans la dyspnée des petits malades, au moment où la vapeur commençait à se répandre dans l'appartement.

M. Féréol a eu récemment l'occasion, dans une triste circonstance, d'appliquer cette méthode avec le concours personnel de M. Delthil. Il s'agissait d'une dame de ses parentes, âgée de cinquante-six ans, qui fut prise, après plusieurs personnes de sa famille, d'une dipthérie, d'abord localisée et d'un aspect bénin, qui n'inspira pas au debut une bien grande inquiétude. On fit usage de l'eau oxygénée, mais sans résultats bien appréciables. Les fausses membranes, d'abord limitées, envahirent ensuite le fond du pharynx et les amygdales, laissant le larynx indemne. Les urines ne contenaient pas d'albumine. Dès le lendemain de l'application du traitement de M. Delthil, les fausses membranes devinrent minces, jaunâtres, melliformes et parurent moins adhérentes : puis elles se détergèrent et finirent par disparaître. Il semble donc que les fumigations aient eu une influence réelle et efficace sur la marche de la maladie, et ce qu'on ne peut nier, c'est qu'elles aient soulagé la malade qui ressentit presque immédiatement une sensation de bien être due, sans doute, à une expectoration plus facile et plus abondante. Les fumigations étaient obtenues au moyen du goudron de houille et furent très bien supportées par la malade, ainsi que par les autres personnes qui remplissaient la pièce. En résumé, il s'agirait là d'un cas favorable à la méthode de M. Delthil, mais qui ne peut, à lui seul, permettre de formuler un jugement définitif sur la valeur de cette méthode.

Du reste, M. Delthil a cru devoir signaler lui-même les inconvénients qu'elle présente et parmi eux l'inconvénient assez grave qui résulterait de l'épaississement et de l'augmentation de consistance des mucosités laryngées, sous l'influence des vapeurs de goudron : chez les trachéotomisés il y a là un véritable danger en raison de

l'obturation possible de la canule par les fausses membranes ainsi épaissies. D'où l'indication de nettoyer souvent cette dernière pour éviter cette accumulation.

M. d'Heilly a remarqué que les fumigations n'étaient pas toujours bien supportées par les personnes présentes : une infirmière préposée à la garde des petits malades a été prise le soir d'une violente céphalée, imputable aux vapeurs de goudron. De plus, on peut craindre que chez les diphthériques cette pratique n'amène une aggravation de la dyspnée antérieure.

Dans la séance du 23 mai, M. Cadet de Gassicourt s'est exprimé ainsi sur le même sujet :

— Je désire vous présenter quelques observations au sujet du traitement de la diphthérie imaginé par le Dr Delthil. Nous sommes tellement désarmés en présence de cette maladie qu'il convient d'étudier, quels qu'ils soient, tous les nouveaux modes de traitement. A l'occasion de celui du Dr Delthil, je désire vous signaler un fait intéressant qui m'a été communiqué par le Dr Dusaussay : il s'agit d'un cas de croup qui était devenu assez alarmant pour que la trachéotomie parût imminente. C'est alors qu'on proposa d'essayer le traitement par les vapeurs de goudron et de térébenthine. Une heure et demie à deux heures après le commencement de ce traitement, le Dr Dusaussay constata que l'enfant respirait plus facilement, qu'il éprouvait un sentiment de bien-être relatif et présentait une tendance au sommeil ; en même temps, les fausses membranes étaient moins compactes, moins adhérentes et plus faciles à expulser.

Ce traitement fut continué à plusieurs reprises pendant vingt-quatre heures, au bout desquelles l'amélioration était telle qu'il n'y avait plus lieu de songer à l'opération.

Il semble donc que cette observation soit favorable à cette méthode de traitement. Suivant M. Delthil, le traitement qu'il préconise aurait une action à la fois générale ou locale : il agirait, d'une part sur l'élément infectieux et, d'autre part, sur l'élément pseudo-membraneux de la diphthérie. Jusqu'ici cette modification de l'élément infectieux ne paraît pas démontrée ; seule la dissociation des fausses membranes semble un fait acquis.

Toutefois, il faut se défier des cas isolés de guérison : témoins ceux que j'ai obtenus autrefois avec le nitrate de pilocarpine. C'était simplement une heureuse série, car, lorsque je renouvelai mes expériences, je n'obtins plus aucun résultat. Je conclurai donc en disant que les

expériences rapportées par M. d'Heilly sont insuffisantes pour déterminer la valeur du traitement du Dr Delthil ; aussi je prends l'engagement, lorsque je serai chargé du service des diphthériques de reprendre ces expériences et d'étudier l'action physiologique et pathologique des vapeurs de goudron et de térébenthine.

M. Férréol. — Bien que j'aie reçu ces jours-ci la communication d'une nouvelle observation de croup, guéri par le traitement du Dr Delthil, observation sur laquelle je ne m'appuierai pas, parce qu'elle est trop peu explicite, je crois, avec M. Cadet de Gassicourt, que de nouvelles expériences doivent être faites sur ce sujet.

Quant à la crainte exprimée par le Dr Delthil que les vapeurs carburées aient une action toxique, je crois qu'on peut d'ores et déjà la considérer comme chimérique, car dans le cas où j'ai employé ce mode de traitement il a été appliqué dans toute sa rigueur pendant huit jours et huit nuits consécutifs et, loin de s'en plaindre, la malade le réclamait. Le seul danger qu'il faut éviter est, chez les enfants opérés, l'obstruction mécanique de la canule par les fausses membranes que les vapeurs transforment en une espèce de vernis.

M. Descroizilles. — Les expériences de M. d'Heilly ont été trop peu nombreuses pour être concluantes ; comme M. Cadet de Gassicourt, je me propose de les répéter.

M. d'Heilly. — Les expériences dont parle M. Descroizilles ont été faites par M. Delthil lui-même, et si elles n'ont pas été plus prolongées, c'est la faute de notre confrère qui, jugeant les cas de l'hôpital trop défavorables, a cru devoir abandonner la partie; dans ces conditions, je ne devais pas me montrer plus persévérant que l'auteur lui-même.

M. Férréol. — La présence de M. Delthil ne me semble pas nécessaire à la continuation de ces expériences.

Je signalerai, d'autre part, un fait qui a été rapporté à la Société des vétérinaires et qui prouve que le traitement du Dr Delthil a été appliqué avec succès pour combattre la diphthérie des poules.

M. Cadet de Gassicourt. — Lorsque M. Delthil a demandé à faire ses expériences, il a été accueilli avec empressement ; à cette époque, M. d'Heilly était chargé du pavillon des diphthériques. En présence des insuccès obtenus et de la retraite de M. Delthil, nous n'avons pas cru devoir persévérer, mais désormais avec ou sans M. Delthil, nous répèterons ses expériences.

Masked cerebral tuberculosis in children (Tuberculose cérébrale larvée chez les enfants), par le Dr J.-S. BRISTOW, in *Brit. med. Journ.* Ap. 26 th., d'après *The Archives of Pediatrics*. (Résumé.) — L'auteur a rapporté cinq cas. Deux cas d'abord de méningite tuberculeuse classique, mais consécutive à un traumatisme.

1° Jeune garçon de 10 ans qui a reçu des coups violents sur la tête, à l'école. Aussitôt, de la céphalalgie et des nausées se sont montrées et il a succombé, après trois semaines de maladie. L'autopsie a révélé : un liquide abondant dans les ventricules ; de nombreux tubercules miliaires à la base du cerveau ; pas de lésions traumatiques des os ; pas de tubercules dans les organes thoraciques. Organes abdominaux non examinés. Aucun trouble de la santé ne s'était montré avant les coups qui déterminèrent la maladie et la mort.

2° Jeune garçon de 2 ans 1/2. Quelques attaques convulsives antérieures, attribuées à la dentition ; est tombé en bas des escaliers. Après trois jours, il est devenu agité, irritable, constipé, et a fini par mourir au bout de dix-sept jours de maladie.

Autopsie. — Ventricules du cerveau distendus par un liquide ; tubercules nombreux et un peu de lymphe à la base ; masse calcaire enkystée avec quelques tubercules au sommet du poumon gauche et de nombreux tubercules du foie et de la rate. Rien de particulier dans les autres organes Ainsi, dans ces deux cas, l'explosion de la maladie a toujours suivi de très près le traumatisme, et la tuberculose des organes ne s'était manifestée par aucun signe extérieur. L'opinion de l'auteur est que, dans tous les cas de tuberculose cérébrale, la première période n'est pas accompagnée de symptômes. Ces symptômes ne se manifestent que quand les tubercules se sont considérablement développés ou se sont développés sur un point important : ce sont alors des tumeurs cérébrales. Dans les autres cas, il se produit des désordres inflammatoiree et la méningite.

Deux cas ont été dus à une affection de l'oreille interne et la tuberculose, découverte seulement à l'autopsie, n'avait pas été soupçonnée pendant la vie.

1er CAS. — De l'otorrhée chronique s'était montrée après la rougeole et la coqueluche. La paralysie facialo s'en était suivie et la mort était survenue par consomption un mois après, sans symptômes cérébraux bien marqués. Il y avait eu un peu de toux et des râles lé-

gers disséminés dans les deux poumons. On trouva, à l'autopsie, une carie de l'os temporal ; une tumeur tuberculeuse de la grosseur d'une noix dans le lobule pariétal droit et deux tumeurs plus petites dans le lobe occipital gauche; pas de méningite, ni de tubercules miliaires ; les ganglions bronchiques hypertrophiés et caséeux ; les sommets des poumons piquetés de nodules caséeux avec quelques légères excavations, les ganglions mésentériques étaient aussi caséeux, mais les autres organes étaient absolument sains.

2e cas. — L'ordre de succession avait été celui-ci : carie spinale ; abcès suivant le trajet du psoas ; scarlatine suivie par une otite suppurée ; deux attaques éclamptiformes suivies de coma et de paralysie des deux muscles droits externes, ainsi que du droit supérieur et de l'élévateur de la paupière ; mort quatre jours après les premières convulsions. Les membranes de la base du cerveau étaient ponctuées de tubercules miliaires ; l'inflammation des méninges était très légère.

Le dernier cas, formant un groupe de cinq observations avec les quatre cas relatés ci-dessus, s'est présenté chez une petite fille de 7 ans dont le père a eu la syphilis. Deux ou trois mois avant de consulter, elle avait donné des signes de paraplégie, sans aucun symptôme marqué d'affection spinale. Une semaine ou deux auparavant, on avait remarqué chez elle de la protrusion de l'œil gauche et un certain empâtement de la région temporale du même côté. Elle a succombé après avoir été en observation un peu plus de quatre mois, sa paraplégie restant incomplète et variant d'intensité pendant ce temps. L'exophthalmie et la saillie de la tempe continuèrent; enfin il se produisit un jetage de l'oreille, dû évidemment à une affection des os de l'orbite. Des symptômes cérébraux survinrent, une semaine ou deux avant la mort, qui arriva par l'effet de ces mêmes symptômes combinés avec un épuisement graduel.

L'autopsie fit découvrir des tubercules gris le long de la fissure de Sylvius, une légère distension des ventricules latéraux par du liquide ; un peu de ramollissement du lobe temporo-sphénoïdal gauche. La face orbitale du frontal, la grande aile du sphénoïde ; la face orbitale de l'os malaire étaient carieuses et baignées de pus. Il y avait de la carie des troisième, quatrième et cinquième vertèbres dorsales ; un peu d'inflammation à la base du poumon droit, mais peu de tubercules, pas plus que dans aucun autre organe.

L'os temporal n'était pas malade ; on ne pouvait pas découvrir de trajet entre l'abcès temporal et le conduit auditif externe, quoique l'existence de ce trajet fût hors de doute.

Les faits cités dans cette communication montrent que la tuberculose cérébrale met souvent un temps considérable à se développer, quelquefois plusieurs années. *L'auteur se demande si la tuberculose cérébrale comme la tuberculose pulmonaire n'est pas quelquefois susceptible de s'arrêter.* Il est conduit, par son expérience, à penser qu'elle le peut.

Deux cas d'empyème guéris, l'un par la résorption du liquide pleural, l'autre par l'incision et le drainage, par le Dr G. M. Edebohls. (*Med. Rec. Jan.* 26 th.) — Pneumonie catarrhale aiguë du poumon droit, chez un petit garçon, âgé de 2 ans et 1/2. Résolution complète après vingt-deux jours, démontrée par tous les signes physiques. Huit jours après le commencement de la maladie, il s'était déclaré une arthrite purulente du genou droit, et 6 onces de pus avaient été extraites par incision, dans les conditions de l'antisepsie la plus rigoureuse. Incision guérie et fonctions du genou restaurées en peu de jours. Quelques jours avant la résolution de la pneumonie du côté droit, quelques symptômes de la même affection se montrèrent à gauche, qui d'ailleurs disparurent, remplacés par une pleurésie du même côté, limitée au siège de la pneumonie, de la seconde à la quatrième côte, en avant. L'épanchement fut reconnu purulent par ponction hypodermique. Six mois après, on ne pouvait trouver aucune preuve de la présence du liquide. Six mois après, il y avait une caverne au sommet gauche.

— Petit garçon de 2 ans et 10 mois, pris subitement de pneumonie du lobe inférieur gauche, suivie peu de jours après par un épanchement pleurétique. Vingt-deux jours après le commencement de l'attaque, l'épanchement fut trouvé purulent. On dut attendre deux semaines plus tard, en raison d'une invasion de rougeole intercurrente, pour faire une large incision. Une ouverture fut faite conformément aux règles de l'antisepsie la plus stricte, dans le septième espace intercostal, au-dessous de l'angle inférieur du scapulum. Environ une pinte de pus fut évacuée; un tube à drainage fut introduit, et l'incision fut pansée antiseptiquement. La plaie mit un peu plus de deux mois à se fermer. Sept mois après, les deux côtés de la poitrine étaient égaux en circonférence, et le poumon gauche avait toute

sa liberté d'expansion ; la respiration était vésiculaire, et la sonorité à la percussion presque normale.

Empyème ; péricardite ; tuberculose pulmonaire aiguë. (*Med. Rec.*, Dr Heinemann, *Jan.* 26.) — Un enfant, on ne dit pas de quel sexe, âgé de 18 mois, atteint trois mois auparavant de diphthérie, suivie de pneumonie, ne s'était jamais bien entièrement remis. On découvrit chez lui un épanchement purulent, occupant toute la cavité pleurale gauche. Le jour suivant, on fit une incision dans le huitième espace intercostal, du côté gauche, sur la ligne axillaire ; 5 onces de pus furent évacuées, et un tube à drainage fut introduit. On fut ensuite obligé de faire une contre-ouverture en avant. L'enfant alla mieux d'abord, mais bientôt commença à s'émacier et mourut vingt-deux jours après l'opération. Après l'autopsie, on trouva le poumon gauche comprimé contre la colonne vertébrale, vide d'air et recouvert d'une couche épaisse de fibrine et de pus. Poumon droit : hépatisation rouge du lobe supérieur ; le lobe inférieur est œdémateux ; des nodules miliaires de tuberculose étaient disséminés par tout le parenchyme. Le péricarde était distendu par un liquide d'épanchement séro-purulent, dont la présence n'avait pas été diagnostiquée pendant la vie. (*The Archives of Pediatrics.*)

Inflammations articulaires dans la syphilis héréditaire. (*Société de médecine de Berlin.* Présidence de M. Virchow. Dans la *Semaine médicale* du 19 juin 1884.) — Depuis 1878, époque où M. Gutterbock publia quatre observations d'inflammations articulaires, qui s'étaient développées à la suite de syphilis héréditaire, il a observé quatre nouveaux cas analogues. Six des huit individus en question sont des enfants qui ont moins de 5 ans. M. Gutterbock cite deux des derniers cas, avec tous les détails. Dans le premier, le coude et le genou étaient affectés en même temps, et l'enfant fut guéri par des bains au sublimé (75 grammes pour un bain le matin, et autant pour le bain du soir). La seconde observation concerne un garçon de 8 ans, qui avait une hydarthrose du genou. Après l'administration de l'acide salicylique et alors que l'affection avait déjà disparu deux fois, il est vrai, mais pour reparaître ensuite, on donna l'iodure de potassium à haute dose. Cette médication eut un prompt succès, et le garçon fut parfaitement guéri.

Cet enfant présentait l'aspect que Hutchinson a décrit comme caractéristique de la syphilis héréditaire, ce que Demme a constaté de même, c'est-à-dire les symptômes de la maladie de Basedow : il avait les yeux proéminents et la glande thyroïde agrandie ; enfin, les amygdales étaient hypertrophiées, et la paroi du pharynx présentait de fortes granulations.

Pour le diagnostic de ces affections, les pseudo-paralysies qui précèdent les autres symptômes sont très importantes ; ces paralysies ont été décrites surtout par Fournier et Parrot. Dans quelques cas, l'agrandissement proprement dit des épiphyses avait été précédé d'une hydarthrose inflammatoire.

Tumeur congénitale du dos (*Société pathologique de Londres*. Séance du 1er avril 1884). D'après le *compte rendu général des sociétés savantes*, 1884, nº 20. — M. DAVIES-COLLEY a opéré un garçon de seize ans d'une tumeur qui occupait l'espace compris entre la quatrième et la dixième vertèbre dorsale. Cette tumeur n'était pas adhérente à la peau. A la coupe, on voit un stroma fibreux blanchâtre, avec de petites tumeurs kystiques, qui s'énucléent facilement, laissant de petites loges ovoïdes. Ces tumeurs sont formées d'un réticulum fibreux fin, avec des cellules fusiformes à noyaux allongés. L'orateur pense qu'il y avait là à l'origine une tumeur polykystique, avec un développement secondaire d'éléments sarcomateux dans les kystes.

L'ostéotomie en Russie (*Société des médecins Russes* en 1884). D'après la *Semaine médicale* du 12 juin 1884. — M. COLOMNINE a lu un mémoire *sur l'ostéotomie*, dans lequel, en se fondant sur dix-sept opérations de ce genre qu'il a faites, il conclut que cette opération est loin d'être aussi grave que certains chirurgiens pensent. Pour lui, il n'a eu qu'à se louer des résultats qu'il a obtenus ; mais il a toujours soin de faire porter à l'opéré un appareil orthopédique convenable.

L'ostéotomie en Autriche (*Société impériale et royale des médecins de Vienne*, seance du 30 mai 1884). Communication du Dr HOFMOKL. — Une jeune fille, âgée de dix-sept ans, était atteinte de genu valgum à un si haut degré, qu'elle ne pouvait guère marcher, et les genoux étaient situés l'un sur l'autre. On ne put rien obtenir par l'orthopé-

die. M. Hofmokl a pratiqué l'ostéotomie d'après la méthode de Macewen, la réunion a eu lieu par première intention et la malade peut actuellement bien marcher. Sauf un seul cas, dans lequel on avait fait préalablement des tentatives de brisement par des appareils, M. Hofmokl a obtenu toujours des succès satisfaisants avec la méthode de Macewen, surtout lorsqu'il avait affaire à des enfants, la réunion se faisant presque toujours chez eux par première intention.

Société protectrice de l'enfance de Lyon. — *Prix à décerner en* 1885. — La Société protectrice de l'enfance de Lyon met au concours la question suivante :

De l'influence de la profession de la mère :

1° *Sur la marche de la grossesse (avortement, morti-natalité)*

2° *Sur la morbidité et la mortalité des nouveau-nés.*

Une médaille d'or sera décernée par la Société, dans la séance publique de 1885, au meilleur mémoire qui lui sera envoyé sur ce sujet.

Les mémoires devront être adressés, *franco*, avant le 31 janvier 1885, à M. le Dr Chappet, secrétaire général, cours Morand, 20.

Ils porteront en tête une épigraphe, qui sera répétée sous un pli cacheté et renfermant le nom et l'adresse de l'auteur.

Conformément aux usages académiques, les mémoires envoyés ne seront pas rendus.

La Société se réserve, si elle le juge convenable, et avec l'assentiment de l'auteur, d'imprimer elle-même, *à ses frais*, le mémoire couronné.

III. — Ouvrages reçus.

La *Revue des maladies de l'enfance* a reçu :

Guide de thérapeutique aux eaux minérales et aux bains de mer, par le Dr Ch. Campardon, avec une préface du Dr Dujardin-Beaumetz, membre de l'Académie de médecine, etc. 1 vol. in-18 cartonné diamant. Prix : 5 fr. — O. Doin, éditeur.

Manuel pratique des maladies de la peau, par le Dr F. Berlioz, professeur à l'Ecole de médecine de Grenoble. 1 vol. in-18 cartonné de 470 pages avec une table des matières. Prix : 6 fr. — O. Doin, éditeur.

Le gérant : G. Steinheil.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy, successeur, 52, rue Madame et rue Monsieur-le-Prince, 14.

REVUE MENSUELLE

DES

MALADIES DE L'ENFANCE

Août 1884

TRAVAUX ORIGINAUX

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE DES MALADIES DE L'INTESTIN CHEZ LES ENFANTS DU PREMIER AGE

(DIARRHÉE, DYSENTERIE, CHOLÉRA INFANTILE).

Par le Dr Aubert, médecin-major au 28e de ligne.

Si le mouvement de la population ne suit pas en France la marche progressive que l'on constate chez les peuples qui nous entourent, cela tient à deux causes principales :

1° Diminution du nombre des naissances par suite d'une stérilité systématique; 2° mortalité du premier âge. Cette deuxième cause, quoique moins importante que la précédente, a une certaine valeur, puisqu'un tiers des enfants meurent chaque année avant d'avoir atteint l'âge de 2 ans. C'est ce qui a fait dire à M. Bertillon qu'un enfant qui vient de naître a moins de chances de vivre une semaine qu'un homme de 90 ans, et moins de chances de vivre un an qu'un homme de 80 ans. La preuve de l'effrayante mortalité des nouveau-nés

n'est plus à établir, tous les corps savants de tous les pays ont, depuis longtemps, élevé la voix et fourni les arguments désirables. On se rappelle encore l'émotion que causèrent les documents cités par M. de Lavergne et les discussions académiques qui se produisirent en 1867, 1869, 1876, et, en dernier lieu, le remarquable rapport lu au congrès d'hygiène de 1878, par M. le Dr Bergeron.

Il est vrai de dire que depuis cette époque, dans le but de restreindre cette mortalité, quelques réformes ont été opérées, que d'autres sont à l'étude aujourd'hui ; mais combien reste-t-il encore à faire? Sans contredit, les misères qui méritent la plus grande part de pitié, de bienveillance et de charité d'un grand peuple, sont celles qui viennent accabler le jeune enfant à son entrée dans la vie; or, parmi les nombreuses affections qui déciment les nouveau-nés, les plus communes sont assurément les affections intestinales, surtout dans le midi de la France et plus particulièrement dans la zone méditerranéenne. Non seulement ces maladies apparaissent dans le premier âge comme affections idiopathiques, mais elles se manifestent souvent encore comme affections symptomatiques, à l'époque de la dentition et à celle du sevrage. Comme le dit M. Fonssagrives, c'est le criterium certain d'un allaitement vicieux, et c'est par son intermédiaire obligé que se produit l'affligeante mortalité du premier âge.

Les entérites se développent bien aussi sous l'influence d'un air insalubre, de la dentition ou d'un refroidissement, mais combien ces causes sont rares auprès de celles d'un mauvais régime !

Si la première cause de dépopulation de la France est une question du domaine du moraliste, au médecin la deuxième appartient tout entière, et c'est à chercher les éléments de sa solution que nous devons consacrer tous nos efforts. C'est ce qu'a parfaitement compris la Société protectrice de l'enfance de Lyon, qui a eu la généreuse pensée d'appeler l'attention des praticiens sur une question aussi intéressante que l'hygiène et la prophylaxie des affections intestinales du premier âge.

Nous avons divisé notre travail en trois chapitres. Dans un premier chapitre, nous étudions l'étiologie de la diarrhée, de la dysenterie et du choléra infantile.

Dans un deuxième, nous passons en revue tout ce qui se rattache à l'hygiène ou à la prophylaxie de ces divers accidents.

Enfin un troisième chapitre est consacré aux conclusions.

I. — Étiologie de la diarrhée, de la dysenterie et du choléra infantile. *Définition et Division.*

La plupart des écrivains anciens comprennent sous le nom de *diarrhée* tous les cas dans lesquels il y a une augmentation du nombre des évacuations alvines. Quelques auteurs modernes, au contraire, rejetant l'expression de diarrhée de leur nomenclature médicale, traitent seulement de certaines affections inflammatoires des intestins, dont ils considèrent le flux comme symptomatique. Ces deux manières d'envisager la question sont loin d'être à l'abri de la critique, car si la première n'établit pas une distinction bien marquée entre les maladies intestinales engendrées par une cause accidentelle ou temporaire et celles qui résultent d'une altération organique, la seconde essaie, en se basant sur des données purement anatomiques, de différencier des affections présentant les mêmes symptômes et réclamant le même traitement.

La diarrhée est une des affections les plus fréquentes et à la fois les plus sérieuses de la première enfance. Pour bien se rendre compte de l'importance de cette maladie dans les premiers temps de la vie, il faut d'une part jeter les yeux sur les tables de mortalité de l'enfance, et de l'autre examiner les causes légères qui suffisent pour la faire naître, les dangers qui résultent de sa longue persistance et le surcroît de péril auquel son apparition dans le cours d'une autre maladie expose le petit malade.

Dans la plupart des cas, la diarrhée a pour point de départ

un mauvais régime, un allaitement vicieux ; ainsi Ch. West, réunissant 2,129 cas de flux de ventre chez des enfants de moins de 15 ans, a remarqué que la diarrhée, entre 6 et 12 mois, constitue 20 0/0 ou le cinquième des maladies de ce groupe, et qu'entre 12 et 18 mois (période du sevrage), cette proportion atteint 26 0/0.

La diarrhée peut également être provoquée par la dentition, par l'influence du milieu, de la saison, par un refroidissement, ou par l'encombrement et par la chaleur; mais ces causes sont relativement rares auprès de celles d'une alimentation vicieuse.

1° *Alimentation vicieuse.*

Nous allons étudier successivement à ce point de vue : A, l'allaitement maternel; B, le coupage du lait, C, le sevrage précoce ou tardif.

A. — Le nourrisson, par l'impressionnabilité et la délicatesse extrêmes de toutes ses fonctions, est comparable à l'homme malade ou convalescent. Son appareil digestif, jusque-là presque inerte, est appelé à fonctionner tout à coup dans ses diverses parties ; l'activité des glandes salivaires, les sécrétions de l'estomac et de l'intestin, celles du foie et du pancréas, les contractions musculaires de ce long canal sont autant de phénomènes essentiels qui se produisent pour la première fois.

Il en est de même de l'absorption digestive et de diverses excrétions. Comment s'étonner qu'un aliment de mauvaise qualité ou mal préparé, ou défectueusement administré, trouble rapidement cette harmonie et provoque bientôt de sérieux accidents ? Au contraire, chez l'enfant qui compte trois mois ou plus de vie extra-utérine, la première impulsion fonctionnelle est donnée; une certaine habitude d'activité normale s'est établie, et son organisme est déjà apte à opposer une certaine résistance aux influences morbides. Aussi le Dr Brochard, qui a défendu si ardemment l'allaitement ma-

ternel, voulait-il que le sein fût donné pendant quelques mois, ou même pendant les cinq ou six premières semaines de l'existence à tous les enfants envoyés ensuite à la crèche, ou confiés à des nourrices mercenaires. Le lait du premier mois, dit avec raison le Dr Houzé de l'Aulnoit, constitue les racines de la vie; seul, ajoute-t-il, il peut préserver les enfants de l'inflammation du tube digestif pendant la première année de la vie, comme le prouve du reste l'importante statistique d'Asterlen.

Le tube digestif de l'enfant qui est si impressionnable doit fatalement se ressentir d'une manière fâcheuse, si le jour il est nourri par le lait d'une vache qui a mis bas depuis plusieurs mois, ou si la nuit il ne prend qu'un lait échauffé et appauvri par les fatigues et l'air comprimé de l'atelier. Il en est de même lorsqu'on a recours de trop bonne heure à une alimentation précoce, comme le font les ouvrières de nos grands centres manufacturiers ou les nourrices mercenaires de nos campagnes. Pour les unes et les autres, l'achat du lait quotidien constitue une dépense dont on cherche à s'affranchir le plus tôt possible. Les désordres intestinaux des nourrissons peuvent naître également lorsque le lait maternel ou naturel est anormal, soit par excès des principes qui entrent dans sa composition, soit par infériorité de ces mêmes éléments. Ainsi, ce sont avant tout les laits à excès de matières protéiques, que le jeune enfant à de la peine à assimiler. Cette richesse excessive peut tenir à des causes différentes auxquelles on peut remédier suivant leur nature. D'après les recherches de M. Marchand, de Fécamp, la sécrétion du lait varie suivant le régime auquel sont soumises les femmes accouchées. Une alimentation très riche en matières protéiques fournira un lait riche lui-même en aliments plastiques, tandis qu'un régime où les féculents dominent fournira un lait plus riche en beurre et en lactine; de là la nécessité pour les femmes qui allaitent de prendre des aliments féculents et azotés, mais non pas exclusivement des uns ou des autres. Les matières albuminoïdes contenues dans le lait de femme

augmentent suivant le besoin du nourrisson ; c'est pour cela que, dans le choix d'une nourrice, il est prescrit de choisir de préférence celle dont la sécrétion est le plus en rapport avec l'âge de l'enfant. Car si l'on fait allaiter un enfant qui vient de naître par une nourrice accouchée depuis cinq ou six mois, l'excès de matières protéiques qui se trouvent contenues dans le liquide alimentaire suffit pour provoquer des vomissements et une diarrhée verdâtre.

Les laits à excès de beurre ne présentent pas les mêmes inconvénients ; néanmoins si cet élément n'est pas en proportion suffisante, on voit alors les enfants dépérir et avoir de la diarrhée.

Dans les deux cas, si l'analyse du lait de la mère révèle la mauvaise qualité de ce liquide, il ne faut pas hésiter à changer de nourrice, ou si c'est impossible à recourir à l'allaitement mixte. C'est pour cela que les praticiens sont unanimes à recommander le biberon aux ouvrières délicates, ou aux nourrices qui, par suite de leur misère, de leur nourriture insuffisante et de leurs fatigues exagérées, ne peuvent donner à leur nourrisson qu'un lait de mauvaise qualité. L'allaitement mixte a sur les deux autres un avantage immense, c'est de pouvoir mieux qu'eux se prêter à la susceptibilité indivividuelle de chaque enfant. En effet, tantôt le lait de femme corrige ce que celui de vache a de trop contraire à la susceptibité du tube digestif de certains petits enfants, tantôt par contre ce dernier complète ce qui manque au lait de femme pour procurer à l'enfant une nourriture suffisante. C'est dans ces deux éléments de correctif pour le lait de femme, de complément pour celui de vache, que réside tout le secret des beaux résultats de l'allaitement mixte. M. le Dr Le Menant de Chesnais (d'Authon du Perche), sur 141 enfants placés en nourrice en 1879 en a vu mourir 16, dont 1 de broncho-pneumonie, suite de coqueluche, et 15 autres de diarrhée.

De ces 141 nourrissons, 9 seulement étaient soumis à l'allaitement naturel, c'est-à-dire au sein, pendant au moins trois mois, 15 à l'allaitement mixte, et 78 à l'allaitement artificiel.

Sur ces 141 enfants, 57 ont été atteints de diarrhée, 40 ont guéri, 15 sont morts. En divisant ces enfants suivant le mode d'allaitement, il a obtenu le tableau suivant :

Allaitements.	Total.	Bien portants.	Malades.	Guéris.
Naturel.........	9	3	6	6
Mixte...........	54	44	10	10
Artificiel......	78	37	41	26
	Morts........ 15.			

appartenant à l'allaitement artificiel.

Au point de vue de la susceptibilité des enfants à contracter la diarrhée, nous constatons que sur 5 enfants soumis à l'allaitement mixte, 1 à peine a été pris de diarrhée ; que près de la moitié des enfants élevés au biberon ont échappé aux atteintes de la maladie qui a sévi sur les 2/3 des enfants élevés au sein, ce qui donne à peu près :

Enfants malades de la diarrhée....... { Allaitement mixte, 2 sur 10.
— artificiel, 2 sur 4.
— naturel, 2 sur 3.

On s'expliquera aisément pourquoi ces derniers chiffres sont si peu favorables à l'allaitement naturel. C'est : 1° parce que le nombre des enfants qui, pendant les trois ou quatre premiers mois de leur vie, n'ont pris aucun autre aliment que le lait de leur nourrice est faible ; 2° d'autre part parce que la généralité des nourrices dont parle M. le D^r Le Menant de Chesnais n'élève uniquement au sein que les enfants qui sont trop faibles pour supporter toute autre nourriture.

Quoi qu'il en soit, il est reconnu que les mauvaises qualités du lait des nourrices peuvent, dans certains cas, être une cause de diarrhée chez les enfants élevés uniquement au sein.

Si le lait de vache vient en aide à l'allaitement au sein, il ne saurait le remplacer. Malheureusement, de nos jours, les parents se décident trop facilement à envoyer à la campagne

pour y être élevés au biberon leurs enfants, qui, nés forts et vigoureux, ne tardent pas à dépérir. Il est juste de reconnaître que chez tous les peuples, à l'exception peut-être des plus civilisés, la première nourriture du nouveau-né est le lait de sa mère.

Ce n'est guère qu'en Europe et dans les pays de mœurs analogues qu'on voit un grand nombre de femmes, d'ailleurs saines et fortes, confier le soin de leurs enfants à des nourrices ou recourir à l'allaitement artificiel. Ce qui aux siècles passés n'était que l'exception est devenu la règle. Comme conséquence immédiate, nous avons l'augmentation de la mortalité du jeune âge, et comme conséquence plus éloignée, sinon absolue, du moins relative, l'abaissement de la taille et la diminution de l'aptitude au service militaire.

Nous n'ignorons pas cependant que, si l'allaitement artificiel est pernicieux entre les mains de femmes insouciantes et inattentives, et surtout éloignées de la famille de l'enfant, ce mode d'élevage réussit en bonne partie lorsqu'il est mis en pratique par les parents eux-mêmes ou par des personnes soigneuses dirigées par eux. Quoi qu'il en soit, comme le disait en 1874 M. le Dr Guéniot dans un rapport qu'il adressait au directeur de l'Assistance publique : « Le biberon est un instrument dangereux, parce que ses diverses parties, vase, tube, embout, s'encrassent trop facilement et conservent presque toujours des détritus de lait qui entrent promptement en décomposition et deviennent très souvent des causes d'accidents intestinaux. Élever des enfants sans le secours du sein, ajoutait-il, constitue un art véritable, pour l'exercice duquel les artistes font trop généralement défaut. »

B. — Quand on se propose d'adopter l'allaitement artificiel, soit à l'aide du biberon, soit à l'aide de la cuiller ou du petit pot, la question du coupage du lait, résolue différemment par les praticiens les plus autorisés, se pose. Quelques-uns d'entre eux, parmi lesquels M. Jules Simon, se basant sur cette idée que le lait de vache est beaucoup trop fort pour les jeunes enfants, conseillent de le couper par moitié d'eau jusqu'à trois mois

en le sucrant faiblement. D'autres au contraire, parmi lesquels on comptait Parrot, n'admettent pas du tout le coupage du lait.

Avant de nous prononcer d'une façon définitive, disons tout d'abord succinctement ce qui se passe quand on coupe le lait par l'addition d'une certaine quantité d'eau. Par le coupage, on n'offre plus à l'enfant qu'un liquide moins riche en corps gras que le lait de femme de composition moyenne, qui est la suivante :

Beurre...............	36.79
Lactine..............	71.10
Matières protéiques....	17.05
Eau.................	873.02
	1.000.00

Et cependant, les corps gras sont indispensables aux nourrissons pour leur développement rationnel et régulier; de plus, l'addition d'eau a pour résultat aussi de diminuer la proportion des principes sucrés. Sous l'influence de cette insuffisance des éléments respiratoires, on voit souvent se déclarer des désordres du côté du tube intestinal, l'enfant s'affaiblir et s'étioler. Que font alors les parents? Craignant que l'alimentation du nourrisson soit insuffisante, les parents s'empressèrent d'administrer du lait pur, ce qui ne fait qu'aggraver les premiers accidents. Dans nos campagnes, au lieu d'eau pure, on emploie pour couper le lait de l'eau de riz, de l'eau de gruau, de l'eau panée, de l'eau de gomme suivant la contrée.

C'est encore là une grave erreur qui amène des résultats déplorables. En effet : 1° ces graines cèdent fort peu de principes à l'eau dans laquelle on les fait bouillir; 2° les principes qu'elles cèdent à l'eau, ajoutés à l'élimination de l'air provenant de l'ébullition prolongée, communiquent à ce liquide des qualités plutôt nuisibles qu'utiles, puisqu'ils le rendent pesant à l'estomac; 3° enfin, la décoction d'eau de gruau, d'orge, de riz, etc., demande à être fraîchement préparée, sans quoi elle aigrit le lait et provoque de la diarrhée.

C'est précisément ce danger qui existe dans la fermentation des décoctions féculentes qui a fait rejeter à Parrot toute espèce de coupage.

Néanmoins, étant admis que le lait de certaines régions (Normandie, Bretagne, Nièvre, etc.) est beaucoup trop lourd, beaucoup trop riche pour l'estomac d'un jeune nourrisson au moins jusqu'à six mois; il y a dans cette richesse un danger qu'il convient de combattre par un coupage avec de l'eau pure dont on diminuera progressivement la quantité, suivant le développement ou le degré de susceptibilité du tube digestif, qui est le vrai réactif du lait. Il est nécessaire toutefois que l'eau soit de bonne qualité; or, dans les villes, dans les campagnes principalement, les puits, les mares sont souvent contaminés par les infiltrations souterraines des égouts, quelquefois même des fosses d'aisances ou des fumiers du voisinage. Dans ce cas, si on a le moindre doute, il faudra filtrer l'eau ou la soumettre à l'ébullition afin d'en détruire les germes, et elle devra toujours être assez chaude pour ne pas refroidir le lait. D'ailleurs, au point de vue du coupage du lait, il faut se garder d'être exclusif. Ainsi, tel enfant fortement constitué supportera le lait pur dès les premières semaines, tandis qu'un autre, moins robuste, réclamera impérieusement l'addition d'une certaine quantité d'eau. Avant tout, on doit s'assurer de la façon dont l'estomac supporte le lait qu'on lui donne, et surtout examiner avec le plus grand soin chaque jour les garde-robes, comme le conseillait Depaul. Leur couleur, leur odeur, leur consistance nous indiqueront si le lait est bien ou mal digéré. Une surveillance quotidienne est indispensable, car subitement la scène peut changer; l'enfant alors crie, se tord, les selles se multiplient en devenant incolores, aqueuses, et finalement cette diarrhée simple, si elle n'est pas combattue énergiquement ne tarde pas à se transformer en choléra infantile.

C. — Les tables de statistique nous révèlent que le nombre des décès présente un maximum dans les huit premiers jours de la naissance, se maintient assez élevé le premier

mois, diminue graduellement les mois suivants, pour atteindre un mouveau maximum vers les onzième, douzième et treizième mois.

Le premier maximum doit être attribué au nouveau genre d'existence et à la faiblesse congénitale. Au second, on donne souvent pour cause la première dentition, sans remarquer que les accidents qui surviennent à cette époque sont surtout occasionnés par le changement brusque d'alimentation, changement fait en dehors des notions les plus élémentaires de l'hygiène du premier âge, et en vertu de préjugés de toutes sortes.

Au moment du sevrage, les deux accidents le plus à craindre sont la diarrhée et les vomissements, qui sont ordinairement dus au mépris des règles de l'hygiène.

Les diarrhées aiguës et chroniques qui font mourir tant de nourrissons au moment du sevrage sont presque toujours le résultat de l'alimentation prématurée, en un mot, de l'omnivorité précoce qui, chez ces petits êtres, remplace sans aucune transition le lait maternel ou de la nourrice. Le sevrage n'est malheureusement, dans l'immense majorité des cas, qu'une série de casse-cous empiriques, de pratiques routinières, d'essais capricieux et brusques qui font de ce moment critique pour les enfants chétifs un danger réel. On s'imagine à tort que le sevrage est terminé quand l'enfant ne prend plus le sein, c'est-à-dire au bout de huit ou quinze jours. C'est là une erreur, car la proclivité morbide qu'engendre le sevrage se prolonge bien au-delà. Aussi, en présence d'une tolérance apparente qui peut cesser brusquement, les précautions ne doivent pas désarmer. Un enfant auquel naguère un aliment exclusif suffisait ne peut pas subitement supporter sans danger une variété de mets dont chacun est dix fois plus complexe qu'il ne conviendrait aux intérêts de son estomac. De là des indigestions, tantôt bruyantes, tantôt sourdes et incomplètes, amenant une surcharge de l'appareil gastro-intestinal. Alphonse Leroy a dit que le sevrage ne devait être que la caption de l'un des aliments de l'enfant, et non le changement

subit de la manière d'être nourri. Nous préciserons en disant : le sevrage ne devrait être que la privation du lait de la mère ou de la nourrice ; mais, de même que nous n'avons pas attendu le dernier jour pour donner à l'enfant d'autres aliments, de même pendant plusieurs mois encore le régime lacté devra être la base de son alimentation.

Le sevrage prématuré est la cause la plus puissante de la dyspepsie dans la première enfance. Les amylacés sous toutes les formes sont une des sources les plus habituelles de troubles digestifs, car ils ne peuvent pas être digérés convenablement dans les premiers mois de la vie. La digestion stomacale et intestinale apparaît à la naissance et rend indispensables des sécrétions et des excrétions inutiles jusqu'alors. Mais ces fonctions atteignent-elles subitement la perfection qu'elles auront dans la suite ? Leurs instruments agissent-ils sans hésitation, avec une facilité égale à celle qu'ils montreront dans les périodes suivantes ? Bichat le pensait, mais l'observation et l'analyse nous montrent que plus l'enfant est jeune, moins ses organes sont achevés et moins ses fonctions sont parfaites. Certes, sa vitalité est déjà très énergique, mais ses organes doivent, pour arriver à la perfection, subir des modifications anatomiques indispensables. Ainsi, à l'état normal, disait Parrot, la cavité buccale est peu humide chez le nouveau-né ; elle ne le devient que vers l'âge de 2 mois, au moment où les glandes salivaires, qui jusque-là avaient sommeillé, se mettent à fonctionner, humectant la bouche et parfois même la remplissant de leur sécrétion qui s'épanche au dehors. Mais ce qui distingue surtout la salive de l'enfant de celle de l'adulte, c'est son défaut d'action sur l'empois d'amidon. Ce n'est guère que vers 6 mois, ou plus exactement jusqu'à ce que la dentition soit commencée, que la salive commence à agir sur l'amidon cuit. Au moment de la dentition, jusqu'à ce qu'elle soit achevée, la ptyaline est en faible proportion. Son pouvoir saccharifiant peut être évalué au 10e de celui que l'on constate sur la salive de l'adulte. Si minime que soit le rôle de la salive dans la digestion, on ne saurait

sans inconvénient donner à l'enfant des aliments féculents avant un certain âge. Chez l'enfant, le suc gastrique est acide comme chez l'adulte, mais il est moins riche en matières solides, et les glandes à pepsine sont moins développées. Aussi, jusqu'à un certain âge le suc gastrique de l'enfant possède un faible pouvoir digestif.

Quant à la structure de l'intestin de l'enfant, elle ne présente rien de particulier, si ce n'est la richesse plus grande du réseau des vaisseaux sanguins et lymphatiques. Ceux de l'intestin grêle ou chylifères sont bien plus nombreux que ceux qui partent de l'intestin. Ils forment un double plan superficiel et profond. Le premier est sous-séreux et constitue un réseau à mailles allongées dont les branches sont variqueuses. De ce réseau partent de petits troncs qui bientôt se dirigent perpendiculairement à l'axe de l'intestin et arrivent dans le mésentère. Le plus profond naît des villosités intestinales dans l'intérieur de chacune desquelles on trouve un petit tronc terminé en cul-de-sac. Ce tronçon, après avoir gagné le tissu sous-muqueux, passe entre les fibrilles de la tunique musculeuse et de là entre les feuillets du mésentère. Autour des plaques de Peyer, on trouve toujours une sorte de réseau circulaire à mailles très serrées, constitué par les vaisseaux afférents de ces glandes lymphatiques dont les branches viennent se réunir aux précédentes pour aboutir aux ganglions mésentériques. Sous l'influence d'une irritation persistante de la muqueuse intestinale due à un régime défectueux, on comprendra que le fonctionnement des chylifères soit enrayé par suite de la compression qu'exercent sur leur trajet les ganglions dont nous venons de parler. Cette adénopathie mésentérique, ce carreau inflammatoire, en déprimant la nutrition, favorise l'évolution de la scrofule ou de la tuberculose lorsqu'elle se trouve en présence d'un terrain préparé à l'avance à ces cachexies par une dénutrition prolongée. En un mot, les accidents intestinaux, quand ils revêtent une marche chronique, conduisent fatalement les jeunes enfants à un état de misère physiologique dont on a ensuite beaucoup

de peine à triompher. C'est cet état de cachexie infantile, de déchéance physique, que les auteurs anciens appelaient *malus habitus corporis*, et que Parrot a désigné sous le nom d'athrepsie. Comme nous venons de le voir, en introduisant dans l'estomac et les intestins incomplètement développés d'un nouveau-né des aliments qui ne peuvent être ni digérés ni assimilés, l'organisme entier en reçoit le contre-coup, car, comme l'a dit N. Guillot : « Dans les premiers temps de la vie, l'enfant est un tout sans parties distinctes. »

2° *Dentition.*

L'entérite aiguë due au travail de la dentition est surtout fréquente de 6 mois à 2 ans. Quelques auteurs ont même considéré le catarrhe intestinal qui survient brusquement pendant l'éruption dentaire comme un dérivatif physiologique providentiel destiné à atténuer l'irritation symptomatique du cerveau.

Trousseau, tout en repoussant ces théories d'un autre âge, a établi d'une manière évidente que la dentition prédispose aux catarrhes gastro-intestinaux. Ainsi, il y a des enfants qui, à chaque éruption dentaire, sont pris subitement de diarrhées qui ne cessent qu'après la sortie de la dent. Billard expliquait cette susceptibilité particulière de la muqueuse intestinale en admettant que la pousse des dents coïncidait avec le développement physiologique des glandes et des follicules de toute la muqueuse gastro-intestinale. Quoi qu'il en soit, il ne faut pas se payer de mots et ne pas imiter l'exemple de certaines mères ou d'un grand nombre de nourrices qui ont une fâcheuse tendance à attribuer tous les accidents intestinaux qu'elles constatent, au travail de la dentition. Toujours est-il qu'il n'est pas d'opinion plus accréditée dans la médecine infantile que celle de l'influence de la dentition sur la santé des enfants. « Bel enfant jusqu'aux dents » n'est pas seulement un adage familier, mais bien une vérité que l'expérience des médecins les plus autorisés a maintes fois confirmée.

D'ailleurs, si l'on consulte les ouvrages classiques de Rilliet et Barthez, les cliniques de Trousseau, le traité de Bouchut, le livre si remarquable de Ch. West, on remarque qu'aucun de ces savants cliniciens n'exagère la part étiologique de la dentition, mais qu'aucun d'eux aussi ne songe à la contester. La dentition, tout en étant un acte physiologique, ne s'accomplit pas toujours sans aucune réaction pathologique. Ainsi, quand on voit un enfant vigoureux de 6 à 8 mois, allaité par une mère bien portante et bonne nourrice, perdre sans cause appréciable le sommeil et la gaieté, puis deux ou trois jours après être pris de diarrhée sans que rien ne soit changé dans son régime, lorsqu'on voit disons-nous, cette même diarrhée disparaître ensuite brusquement, sans qu'aucun traitement n'ait été institué, peut-on ne pas accuser l'évolution dentaire, surtout si, en examinant les gencives, on constate que la dent est sortie ?

Pour Ch. West, le moment de la plus grande fréquence de la diarrhée répond exactement à celui pendant lequel le travail de la dentition est le plus pénible. Cet éminent praticien a remarqué que la moitié juste de tous les cas de diarrhée s'observe chez les enfants de l'âge de 6 mois à 2 ans. M. Bouchut a constaté que 26 enfants seulement sur 138 y avaient échappé entièrement pendant l'évolution des premières dents, et que 46 avaient été atteints. Les auteurs anciens rapportaient, non sans raison, le trouble intestinal observé pendant la dentition à une sorte de sympathie entre les gencives gonflées et l'intestin. Indépendamment de l'influence exercée par l'irritation nerveuse sur les mouvements péristaltiques de l'intestin, il ne faut pas perdre de vue qu'au moment où s'effectue le travail de la dentition, s'opère également dans toute l'étendue du tube intestinal une évolution très active destinée à rendre les différentes portions de ce canal aptes à l'élaboration et à l'assimilation des substances variées qui à cette époque vont constituer le régime du jeune être. Ce ne sont pas seulement les glandes salivaires qui sécrètent plus abondamment, mais encore toutes les glandes du tube digestif dont le développement

s'achève. L'activité exceptionnelle et normale que présente le système glandulaire se transformera rapidement en un travail pathologique, si à cette activité fonctionnelle vient s'ajouter l'action d'une nourriture peu appropriée à l'âge de l'enfant.

3° *Refroidissement.*

Le nouveau-né est excessivement impressionnable au froid, et il y a à cela une double raison : l'hématose est encore faible chez lui, et il sort d'un milieu à température élevée; aussi les diarrhées par refroidissement ne sont-elles pas rares à cet âge.

Les diarrhées par refroidissement s'observent lorsqu'on administre du lait froid aux enfants, ou lorsque l'abdomen de ces derniers reste exposé pendant un laps de temps prolongé à un froid humide. C'est ce qui arrive notamment lorsqu'on promène trop longtemps les enfants dans les petites voitures qui rendent certainement des services à la classe ouvrière, mais qui deviennent détestables quand on en fait usage pendant les quatre ou cinq premiers mois de la vie et pendant la saison froide. Une petite voiture ne doit servir qu'à transporter un enfant de la maison au square ou au jardin public ; mais, une fois la distance franchie, il faut se hâter de prendre les enfants entre les bras ou de les faire marcher afin de les réchauffer. Les jeunes enfants contractent encore la diarrhée lorsqu'ils jouent sur un sol humide ou fréquemment pendant les chaudes nuits d'été lorsqu'ils se découvrent malgré la surveillance des parents.

4° *Diarrhée par encombrement.*

Les diarrhées se déclarent chez les enfants du premier âge, partout où règne l'encombrement, particulièrement dans les maisons ouvrières, dans les taudis de la misère, comme les appelle M. Marjolin, où sont entassées de nombreuses familles surchargées d'enfants. C'est dans les quartiers populeux de Paris, de Londres, de Boston, de Vienne, que l'entérite infan-

tile grave prend naissance et se propage ensuite rapidement. Cette viciation de l'air ambiant se fait sentir avec une égale intensité sur les nourrissons des pays chauds, et tout particulièrement sur ceux du midi de la France. L'influence des chaleurs de l'été sur l'apparition de l'entérite est généralement admise, mais interprétée de différentes manières. Les uns considèrent l'excès de chaleur comme ayant une action délétère spécifique sur l'appareil de la digestion. D'autres considèrent la chaleur comme produisant le développement des germes morbides, de sorte que la diarrhée serait un premier degré d'intoxication.

Quant à l'entérite aiguë secondaire, elle survient ordinairement dans le cours de certaines maladies, notamment de la rougeole et de la broncho-pneumonie. Les catarrhes, comme l'ont démontré Rilliet et Barthez, résultent de l'emploi inconsidéré de quelques médicaments, tels que l'émétique, le kermès ou les purgatifs salins. Henning a décrit, sous le nom de catarrhe aigu pernicieux, une entérite secondaire qui se développerait chez les nouveau-nés et qui se terminerait toujours par la mort.

La dysenterie est peu fréquente dans le jeune âge. On l'observe cependant plus souvent avant 5 ans qu'après. C'est particulièrement chez les enfants de 3 ans qu'on la constate. Ainsi Meigs et Pepper l'ont observée 7 fois sur 39 cas. D'après ces auteurs, elle sévirait en automne, après des étés chauds, et serait plus commune à la campagne qu'en ville. Une mauvaise nourriture, un lait acide, des fruits peu mûrs paraissent y prédisposer. Mais c'est épidémiquement que se montre le plus communément cette affection. La propagation doit avoir lieu très probablement par l'air ou par l'eau contaminée par le voisinage des fosses d'aisances.

D'après Trousseau, Rilliet et Barthez, l'entérite cholériforme présente des particularités remarquables dans ses symptômes, dans sa marche et ses terminaisons qui la différencient des autres catarrhes intestinaux. Cette maladie a été décrite tantôt

sous le nom de choléra infantum (Bush, Dewees), tantôt sous celui de cholérine (Bourgeois).

Le choléra infantile règne principalement pendant les mois d'été, et sévit particulièrement dans les quartiers populeux et malpropres des grands centres. Quand il règne épidémiquement, il paraît dû à une infection miasmatique de l'air (égouts, fosses d'aisances, etc.). Qu'elle soit épidémique ou sporadique, l'entérite cholériforme apparaît surtout chez les nourrissons dont l'estomac et l'appareil gastro-intestinal ont été surmenés par des indigestions successives, ou chez ceux qui présentent des troubles dyspepsiques et qui en même temps se trouvent dans de mauvaises conditions hygiéniques.

Si la pathogénie de cette redoutable affection est encore obscure, ce que l'on sait aujourd'hui des paralysies vaso-motrices et de celles du trisplanchnique en particulier, rendent probable la participation des ganglions abdominaux au développement de cette terrible maladie (Rilliet et Barthez).

Billard, qui ne connaissait pas lui-même cette maladie, en emprunte la description à un auteur américain Dewees. A la même époque (1826) le Dr Farrist s'exprimait ainsi : « La grande mortalité des enfants par le choléra rend cette maladie vraiment digne de l'attention des médecins. Aucune maladie ne contribue davantage à grossir nos registres de mortalité, et c'est pour nos contrées un fléau non moins redoutable que la phthisie. »

Quoi qu'il en soit, c'est Trousseau qui doit être considéré comme le défenseur le plus accrédité de cette espèce nosologique. C'est cet éminent praticien qui a su imprimer à la description de cette maladie son cachet propre.

En somme, c'est surtout à l'époque du sevrage qu'apparaît le choléra infantile, ce qui s'explique si l'on songe que l'enfant qui passe de l'allaitement au régime varié du sevrage est prédisposé à des troubles gastro-intestinaux. A cette cause manifeste, il convient en outre d'ajouter l'influence de la saison de la chaleur, et peut-être même de quelques circonstances météorologiques. (*A suivre.*)

OBSERVATION DE SPINA-BIFIDA, OPÉRÉ ET GUÉRI,

SUIVIE DE RÉFLEXIONS.

Par le Dr L.-A. de Saint-Germain.

Le 16 avril 1884, j'entrais à l'hôpital quand le concierge me remit une lettre pressante dans laquelle un de mes clients me priait de passer aussitôt chez lui pour un fait de la plus haute gravité, qui nécessitait, disait-il, une intervention immédiate.

Aussitôt après mon service, je me rendis chez M. X....

On me montra un enfant du sexe féminin, âgé de deux jours. Cet enfant, bien conformé du reste, était atteint d'un spina-bifida, que je vais décrire.

A la partie postérieure de la tête, c'est-à-dire, pour bien préciser, au milieu de la ligne ou mieux du pli qui sépare la tête de la nuque, on voyait une tumeur, de la grosseur d'une orange moyenne, flottant, pour ainsi dire, sur la région cervicale, supportée par un pédicule de 1 centimètre environ d'épaisseur et de 4 centimètres de long. Ce pédicule charnu, recouvert de poils, présentait une sorte de torsion sur lui-même. La tumeur arrondie, régulière, absolument pellucide, était fluctuante dans toute son étendue et différait du pédicule par sa coloration qui était légèrement bleuâtre, et par sa consistance qui était notablement plus molle.

Convaincu de la présence d'un liquide assez abondant dans la tumeur, j'exerçai sur elle une pression, légère d'abord, plus forte ensuite, et je pus bientôt me convaincre que toute réduction était impossible.

Bien plus, au niveau du pédicule, la pression ne faisait sentir aucune communication apparente du contenu de la tumeur avec les cavités sous-jacentes, et cette compression, à peine douloureuse pour l'enfant, ne produisait, comme effet immédiat, ni convulsions, ni coma.

Le lendemain 17 avril, je pus constater, à la partie la plus

saillante de la tumeur, une tache livide qui promettait d'être bientôt le siège d'un véritable sphacèle. Dans cette occurrence, je n'hésitai pas : redoutant d'une part les accidents immédiats qui, ainsi que je l'ai observé maintes fois, se produisent à la suite de semblables ulcérations, et cédant, d'autre part, au désir si légitime que les parents manifestaient de voir leur enfant débarrassé de cet odieux appendice, je proposai l'opération, sans cependant leur dissimuler aucun des accidents, soit immédiats, soit consécutifs, qui pourraient en être la conséquence. L'opération fut acceptée avec empressement et fixée par moi au lendemain.

Encouragé par l'expérience qui me rappelait deux cas de succès obtenus dans des conditions semblables, et redoutant aussi les conséquences fatales, presque immédiates, que j'avais eu parfois à constater, je résolus de mettre toutes les bonnes chances de mon côté, en établissant une sorte de barrière provisoire entre la tumeur et l'encéphale, bien que rien, en apparence, ne prouvât l'existence d'une communication de la tumeur avec la cavité méningo-encéphalique. Aussi le lendemain 18 avril, assisté de mon interne, M. Pennel, et de la sage-femme, fort intelligente, qui avait mis l'enfant au monde, procédai-je à cette scabreuse opération de la manière suivante :

L'enfant fut placé sur une petite table recouverte d'un oreiller, de façon à nous présenter sa tumeur bien au jour. La tête fut solidement maintenue par un aide. Deux broches d'argent à pointes d'acier, analogues à celles dont je me sers pour l'opération du bec-de-lièvre, furent placées crucialement à la base de la tumeur, embrochant le pédicule. Un fil de chanvre très résistant fut aussitôt introduit entre lesdites broches et les téguments, et fortement serré à l'aide d'un double nœud.

Cela fait, un serre-nœud de Maisonneuve fut appliqué à environ 2 centimètres des broches et étreignit le pédicule, de façon à ce que je me trouvasse en présence d'une portion dudit pédicule, cernée d'une part par les broches, d'autre part par l'anse du serre-nœud. Le thermo-cautère, chauffé à la tempé-

rature du rouge brun, me fut alors apporté et, couche par couche, je divisai le segment de pédicule décrit plus haut.

Arrivé au centre de ce pédicule, je fus surpris par un jet de liquide entièrement transparent et incolore, rappelant absolument les caractères du liquide céphalo-rachidien. Ce jet fut si abondant qu'il éteignit presque mon thermo-cautère. Je continuai néanmoins la section de la tumeur qui fut bientôt séparée, et se présenta sous la forme d'un sac vide à très large orifice, qui permettait librement l'accès de l'index.

Sur la tête de l'enfant, à la place occupée par la tumeur, on voyait très nettement un petit champignon, en cul-de-poule, dont la base reposait sur les broches, et qui était destiné à être éliminé, à la suite du sphacèle provoqué par la constriction du fil de chanvre. Il fallut ensuite procéder au pansement, dont le mode avait d'ailleurs été auparavant longuement médité et même discuté par moi et mes internes. Il s'agissait, en effet, de faire un *pansement par occlusion*, *rare et peu irritant.* Je jetai mon dévolu sur l'amadou imbibé de baume du Commandeur. Quelques fragments d'agaric préparés de la sorte sont interposés entre les broches et la peau, de façon à éviter toute excoriation. D'autres lamelles d'agaric, également imbibées du même liquide, recouvrirent le champignon décrit plus haut, et un bandage, fait avec la tarlatane phéniquée et mouillée, vint ceindre le front, le col et la nuque de l'enfant, de façon à constituer aussi correctement que possible un *croisé de la tête, de la nuque et du col.*

La journée se passa sans encombre. Pas de convulsions, pas de torpeur. L'enfant tette, crie, dort comme à son ordinaire.

Cet état favorable se maintient les jours qui suivent, et quatre jours après l'opération, le 21 avril, nous levons le pansement extérieur, en laissant en place le pansement profond.

Mêmes précautions jusqu'au 26. Ce jour-là, nous nous apercevons que le pédicule, absolument sphacelé, se détache spontanément et sans violence. Sans tractions, nous détachons, tout d'un bloc, pédicules et broches. La plaie qui

se présente à nous est quelque peu blafarde, sans orifice, sans pertuis d'aucune sorte; elle a à peu près la largeur d'une pièce de 1 franc. Nous appliquons quelques lamelles d'amadou imbibées de baume du Commandeur, et nous nous retirons avec l'espoir d'une parfaite réussite.

Le 26 à 4 heures, je suis mandé en toute hâte près de l'enfant qui, me disait-on, était atteinte de convulsions presque constantes. Je la trouve, en effet, les yeux convulsés en strabisme divergent, les bras et les jambes roides, animés, ainsi que la bouche, de mouvements inconscients.

L'enfant a cependant continué à teter et n'a pas vomi. Ses fonctions intestinales s'exécutent avec la plus grande régularité.

Il est difficile d'expliquer cette invasion brusque des phénomènes nerveux sans rattacher leur explosion au pansement lui-même. Il est, en effet, extrêmement probable qu'un pertuis, non appréciable à la vue, mais cependant existant, a permis à la solution alcoolique de benjoin appliquée sur la plaie, d'aller titiller le bulbe ou ses environs. Ces convulsions ont, en effet, au dire du Dr Rigal, appelé aussitôt à notre secours, tous les caractères des phénomènes provoqués sur les animaux soumis aux vivisections et dont on titille le bulbe.

Notre collègue M. Rigal conseille à ce moment de continuer les bains tièdes additionnés d'une poignée de farine de moutarde que j'avais fait administrer dès le premier moment, et d'y ajouter l'administration du bromure de potassium à l'intérieur, à la dose de 30 à 40 centigrammes par vingt-quatre heures.

Ce traitement ne devait pas être sans résultat. Le 27, en effet, une accalmie manifeste se produit.

Le 28, les mouvements convulsifs ne se montrent plus qu'à d'assez rares intervalles.

Le 29. L'enfant paraît à peu près revenu à son état normal, sauf certains mouvements convulsifs légers, consistant en des contractions de l'orbiculaire des lèvres des paupières, et un léger strabisme externe intermittent.

Le 30, nous constatons pour la première fois sur la joue droite et sur le front une éruption de petites vésicules d'herpès.

Bien que l'expérience nous eût appris qu'il était imprudent d'exciter la plaie de l'enfant, une odeur fétide, sphacélique, nous imposait la nécessité d'enlever le pansement. Nous le fîmes le 1er mai, non sans une certaine appréhension. Nous nous attachâmes à exercer sur les pièces du pansement le moins de tractions possible; nous décollâmes les parties adhérentes aux cheveux avec de l'eau tiède, et nous trouvâmes la plaie en fort bon état. La suppuration n'avait rien d'extraordinaire, ni comme coloration, ni comme abondance; dans tous les cas, et je note ce fait important, ce jour-là, pas plus que lors de tous les autres pansements, nous ne pûmes constater les traces d'un écoulement venant de l'intérieur de la boîte crânienne ou du rachis, écoulement qui, s'il ne s'était pas révélé directement et sous nos yeux par un épanchement de liquide, se fût au moins trahi par l'humidité dans laquelle nous aurions dû trouver les pièces de pansement.

Ne voulant appliquer sur la plaie aucun corps irritant, nous substituâmes au baume du Commandeur la glycérine neutre, appliquée sur un tampon de charpie et maintenue par la bande de tarlatane humide.

Du 1er au 9 mai, rien de particulier à noter. Les mouvements convulsifs ne sont pas considérables, mais ne cessent pour ainsi dire pas; ils sont peu accusés et limités aux yeux et à la bouche. L'éruption herpétique a considérablement gagné. Les vésicules qui se trouvaient sur la joue droite sont actuellement remplies de pus; d'autres vésicules plus petites couvrent le front et la joue gauche; il est absolument certain que la figure va être prochainement envahie.

Le 10 mai, un phénomène assez important se produit: deux vomissements ont suivi presque immmédiatement les dernières tetées. Une cuillerée à café d'eau froide est administrée aussitôt que l'enfant a cessé de teter, et les vomissements n'ont pas reparu.

Le 11, le 12 et le 13, l'enfant qui jusque-là avait expulsé li-

brement ses matières fécales est pris d'une constipation assez opiniâtre, qu'on a même une certaine peine à vaincre à l'aide de lavements.

Le 14 et le 15, même état. Toujours de petites convulsions; herpès de plus en plus confluent, s'étendant aux membres et envahissant surtout les régions anale et génitale.

L'enfant tette moins bien, et garde longtemps le bout du sein dans sa bouche, avant d'exécuter la succion.

Le 17. La constipation continue. Aux petites convulsions a succédé un calme inquiétant, un état de somnolence à peu près constant.

Pensant que cet état de torpeur pouvait être attribué au bromure, mon collègue, M. Rigal, en supprime l'usage.

Le soir même, quelques petits mouvements convulsifs se manifestent. En même temps, le cri de l'enfant a perdu beaucoup de l'intensité avec laquelle il était naguère émis. La physionomie change, se ratatine, et dans une consultation que nous avons le 21 mai au soir, nous constatons, avec le Dr Rigal, un amaigrissement notable des membres, en même temps qu'un refroidissement marqué.

L'enfant est entouré d'ouate et de boules d'eau chaude.

Malgré ces symptômes inquiétants, la vie de l'enfant ne nous semblait pas trop compromise, parce qu'il continuait à teter, lorsque le 22, il refuse absolument le sein.

On essaye de le nourrir à la cuiller. Cette opération paraît très pénible à l'enfant; en même temps que l'introduction de la cuiller lui est douloureuse, il semble que le lait, gardé quelque temps dans le pharynx, ait une certaine peine à passer dans l'œsophage et qu'il se produise à ce niveau une contraction spasmodique des plus accusées.

Dans la soirée, l'état du petit malade nous paraît encore plus mauvais. La déperdition des forces est de plus en plus manifeste; les membres sont dans un état de résolution à peu près complet. Rien cependant dans l'aspect de la plaie n'est de nature à nous expliquer cette perturbation malheureuse dans les fonc-

tions de notre petit malade. Elle bourgeonne franchement sous l'influence du pansement glycériné.

M. Rigal conseille l'usage de l'eau-de-vie; quelques gouttes sont mélangées soit au lait de la nourrice, soit à du lait d'ânesse; mais la difficulté de l'alimentation n'en persiste pas moins; la mort nous paraît imminente, et le 24, au matin, je trouve l'enfant dans un état désespéré. Sa faiblesse est telle, qu'à plusieurs reprises durant la nuit, la sœur qui le garde l'a cru mort.

En présence de cet état, je proposai le gavage. Je me souvenais des services que ce procédé d'alimentation artificielle m'avait rendus plusieurs fois à la suite de la trachéotomie. Bien plus, durant mon internat dans le service de Legroux en 1860, j'avais été plusieurs fois chargé par lui de gaver des enfants trop faibles pour teter, et je me souvenais parfaitement que, dans un nombre de cas assez nombreux, l'amélioration s'était produite sous la forme d'une véritable résurrection, car peu de jours après ce mode d'alimentation, les enfants avaient pu être confiés à nouveau aux mères ou aux nourrices, dont ils prenaient le sein avec avidité.

Il n'y avait pas de temps à perdre. Ce procédé expliqué rapidement à la famille fut aussitôt accepté, sinon avec enthousiasme, au moins avec résignation. Je partis aussitôt pour l'hôpital et je ramenai séance tenante mon interne M. Pennel, muni d'une sonde uréthrale en caoutchouc rouge et d'une seringue à hydrocèle.

Quelque confiance que j'eusse en l'habileté de mon interne, je n'étais pas fâché de constater par moi-même le degré de perméabilité de l'œsophage, en raison même des contractions spasmodiques que cet organe avait semblé présenter.

Ne voulant pas surcharger tout d'un coup l'estomac de l'enfant, lequel, depuis plusieurs jours, était condamné à une diète assez rigoureuse, nous résolûmes de n'injecter tout d'abord que 40 grammes de lait tiède, additionné de 3 ou 4 gouttes d'eau-de-vie.

L'enfant, tenu par la sœur, fut placé en face de moi en plein

jour. Déprimant doucement la langue avec l'index gauche, je glissai ma sonde enduite de glycérine sur le dos de la langue et la poussai doucement. Elle pénétra dans l'estomac sans la moindre difficulté, et pour ainsi dire sans que le petit malade en eût conscience. Le lait, une fois injecté, la sonde fut retirée brusquement et le liquide, sauf une régurgitation de quelques gouttes, fut complètement gardé.

Voici la suite de l'observation jour par jour, d'après le journal tenu par mes internes, MM. Pennel et Florand.

24 mai. A une heure, M. Pennel fait un second gavage de 40 gr. de lait d'ânesse froid additionnés de quelques gouttes d'eau-de-vie. L'enfant ayant à ce moment quelques mouvements convulsifs, le liquide est rejeté à deux reprises différentes en presque totalité, et n'est gardé qu'après une troisième tentative.

M. Florand, qui relève de garde son collègue, fait, de trois en trois heures, des gavages de 40 à 50 grammes de lait froid fort bien supportés par l'enfant sans régurgitation ni vomissements; après vingt-quatre heures, le petit malade avait ainsi absorbé 400 grammes de lait additionnés de 20 gouttes d'eau-de-vie.

La sonde est introduite sans la moindre difficulté, l'enfant restant dans la position couchée. Pas de spasme.

Les mouvements des membres sont nuls et le petit malade est encore dans un état de profonde dépression. Il a quelques mouvements convulsifs localisés à la face et aux yeux.

Le 25 (M. Pennel). Les doses de lait introduites par chaque gavage sont portées de 50 à 70 et même 80 grammes. L'eau-de-vie est supprimée.

Après vingt-quatre heures, l'enfant a pris 640 grammes de liquide. Ce matin, pour la première fois, selle normale. L'éruption d'herpès est confluente à la face. On commence à apercevoir sur les membres inférieurs quelques groupes de vésicules disposés d'une façon symétrique.

L'enfant n'a plus que quelques mouvements convulsifs des yeux. Il est moins déprimé.

Le 26 (M. Florand). L'enfant prend, par gavage, de trois en trois heures, et pendant les vingt-quatre heures, 760 grammes de liquide.

L'opération est toujours faite sans aucune difficulté. Les lavements deviennent inutiles.

L'enfant s'agite et se plaint lorsqu'on le dérange. Il commence à remuer ses membres quand on les excite. Les convulsions ont absolument cessé. Les chairs sont moins flasques.

Les vésicules d'herpès sont confluentes sur les joues et remplies d'un liquide jaunâtre. Il en est apparu de nouvelles sur le front, le cuir chevelu et les membres inférieurs.

Les yeux et les paupières sont indemnes.

Le 27 (M. Pennel). On tente, pour la première fois, de faire reprendre le sein à l'enfant. Après quelques hésitations, il tette avec assez de facilité une quantité de lait que l'on peut évaluer à 70 grammes. Pendant les vingt-quatre heures, cinq gavages de 100 grammes et 3 tetées.

Trois selles spontanées et naturelles.

Les convulsions ont absolument cessé. Les membres ne se meuvent que lorsqu'ils sont agacés.

L'état général continue à être de plus en plus satisfaisant. Les cris sont plus vigoureux et plus fréquents.

L'état de la plaie est excellent. Elle a été pansée le matin à la vaseline.

L'éruption d'herpès est de plus en plus confluente sur la face. En certains points, elle commence à sécher et est remplacée par des croûtes jaunâtres analogues à l'impétigo. Quelques groupes de vésicules ont apparu sur les membres supérieurs.

Le 28 (M. Florand). L'enfant a été pesé ce matin avec ses langes avant et après sa tetée. Son poids est de 5110 grammes. Les tetées peuvent être évaluées à 80 grammes environ. Elles durent dix minutes et se font sans aucune difficulté. Cinq gavages de 100 à 120 grammes. Selles normales.

L'enfant crie et pleure plus souvent et d'une façon plus naturelle.

Les membres sont encore flasques, mais ils s'agitent quand on les excite.

L'éruption d'herpès continue à sécher sur les joues et le front, mais on aperçoit de nouveaux groupes de vésicules sur les membres et sur l'abdomen. Rien sur le thorax. Les vésicules confluentes ou disséminées sont toujours disposées d'une façon symétrique.

Le 29 (M. Pennel). Quatre gavages de 100 à 120 grammes et quatre tetées.

L'état général continue à s'améliorer d'une façon sensible. Les lèvres sont rosées et dans les points que l'éruption permet de voir l'aspect de la peau est normal. Il apparaît encore quelques vésicules disséminées qui sèchent rapidement.

Le 30 (M. Florand). Trois gavages de 120 grammes et trois tetées.

L'aspect de la plaie est excellent. Deux ou trois gouttelettes de pus sur le pansement.

Le sein est pris avec une grande facilité et l'enfant tette même avec une certaine avidité.

Les membres présentent quelques mouvements spontanés.

Le 31 (M. Pennel). Étant donné le bon état de l'enfant, M. de Saint-Germain décide qu'il ne sera plus fait que deux gavages.

L'enfant tette d'ailleurs admirablement bien. Il ouvre très facilement ses yeux qui ne présentent plus aucun mouvement convulsif et ont un aspect absolument normal.

Il remue spontanément ses membres supérieurs et inférieurs. Les selles sont normales.

L'éruption est sèche en tous les points et remplacée, surtout au niveau des joues, par des croûtes jaunâtres, d'aspect impétigineux, qui laissent au-dessous d'elles la peau saine.

1er juin. On cesse absolument le gavage. L'enfant prend le sein toutes les deux heures pendant la journée, toutes les trois heures pendant la nuit.

Les croûtes se fendillent et commencent à se détacher.

Le 12. Nous revoyons l'enfant qui nous paraît en fort bon état. Son poids a augmenté de 110 grammes depuis huit jours.

Les mouvements de la tête et des membres se font spontanément, sans aucune difficulté.

L'éruption sèche en tous les points. Beaucoup de croûtes sont déjà tombées. Depuis plusieurs jours, aucune nouvelle poussée d'herpès.

L'enfant tette d'une façon absolument normale, mais il faut lui présenter le sein.

Cette observation, curieuse à plus d'un point de vue, me paraît devoir inspirer les réflexions suivantes.

La première est relative à l'intervention chirurgicale dans le

traitement du spina-bifida cervical. L'affirmation de Giraldès, qui considère la guérison comme possible dans la région cervicale ou dorsale « quand on est en face d'une tumeur simple, pédiculée, peu volumineuse (1) », (et il a été obtenu par lui deux succès dans ce genre) ; trois cas d'intervention heureuse à mon propre actif dans les mêmes conditions, la mort imminente de l'enfant par ulcération du sac, qui eût été le résultat d'une conduite contraire, donnent à mon avis, au chirurgien, le droit d'opérer et lui imposent même ce devoir. Le procédé opératoire est livré au meilleur jugement de chacun et rien ne serait moins conforme à mes habitudes que d'imposer comme une règle celui qui m'a réussi. Je dois dire toutefois que la galvanocaustie ou l'application du thermo-cautère en avant de la ligature, me paraissent avoir des droits sérieux au choix du chirurgien. Mes deux premiers malades ont été opérés avec le galvano-cautère, le troisième par la ligature et le thermo-cautère, et ma statistique, bien que portant sur quatre faits seulement, serait bien de nature à encourager cette manière de procéder, puisque je ne compte qu'un cas de mort sur quatre opérations.

Un point capital me paraît consister dans le pansement. Ce pansement sera, suivant moi, un pansement occlusif, soit au baume du Commandeur, soit au coton collodionné ; il sera extrêmement rare.

L'invasion des convulsions le dixième jour, c'est-à-dire à la levée de l'appareil, dans le cas qui fait l'objet de cette observation, me ferait même volontiers émettre le vœu que le pansement fût unique : c'est-à-dire qu'on n'y touchât plus et qu'on le laissât tomber tout seul.

La dernière réflexion est relative au gavage. Grâce à ce procédé dont l'application devrait être généralisée dans une foule de cas d'alimentation impossible ou simplement difficile, on a, dans le cas présent, arraché l'enfant à une mort certaine et imminente.

(1) V. Giraldès. *Maladies chirurgicales des enfants*, p. 36.

Témoin d'un certain nombre de résurrections de ce genre, j'estime qu'il y a lieu de les faire connaître, sans oublier qu'on doit à Legroux l'initiative de ce procédé excellent, essentiellement inoffensif, d'une application toujours facile, et dont l'usage devrait se généraliser dans tous les établissement hospitaliers consacrés à l'enfance et jusque dans les crèches, toutes les fois que l'alimentation sera empêchée par une faiblesse congénitale ou acquise.

Aujourd'hui, 16 juin, l'enfant va aussi bien que possible; il tette admirablement. Sa plaie est cicatrisée. On peut le considérer comme guéri.

RECTIFICATION D'UN DIAGNOSTIC.

TUMEUR MALIGNE DE LA PAROI THORACIQUE S'ÉTANT MANIFESTÉE, AU DÉBUT, PAR UNE TUMEUR QUE L'ON CRUT ÊTRE UNE VARICE LYMPHATIQUE. — MORT.

Observation recueillie par **M. L. Monnier**, interne des hôpitaux.

Dans la *Revue mensuelle des Maladies de l'Enfance* du mois d'octobre 1883, nous avons publié l'observation d'une petite fille atteinte, selon toute probabilité, d'une varice lymphatique de la paroi thoracique du creux axillaire. Inutile de reproduire en entier cette observation; bornons-nous à dire que cette enfant, qui présentait tous les attributs d'une brillante santé, portait depuis quelques semaines (quand elle vint consulter, le 24 janvier), une petite tumeur conoïde de 6 centimètres de long, naissant dans le quatrième espace intercostal avec un diamètre de 6 à 7 millimètres et se terminant par une pointe effilée dans le creux axillaire. Elle était située un peu en avant de la ligne axillaire, sous la peau.

Une augmentation progressive et quelques douleurs ame-

---

(1) V. *Alimentation par la sonde après la trachéotomie,* par L.-A. de Saint-Germain. (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance,* juillet 1883.)

nèrent M. de Saint-Germain à en faire l'ablation : l'examen histologique et macroscopique fit penser à une lymphangite chronique de cause ignorée, mais on fit des réserves. L'événement a prouvé qu'on avait raison.

Voici, en effet, le corollaire de cette observation; pour être succinct et incomplet (l'enfant est morte chez ses parents, à la campagne, et n'a pu être bien suivie), il n'en a pas moins son importance et montre, d'une façon péremptoire, qu'on avait affaire à une tumeur maligne, peut-être à un cancer de la plèvre qui ne s'est manifesté au dehors, au début du moins, que par cette lymphangite symptomatique, très probablement cancéreuse elle-même. Nous prenons, bien entendu, ce mot dans son sens clinique.

L'ablation de la tumeur fut faite le 4 mai : la partie inférieure de la plaie ne s'est pas cicatrisée, et dès le 18 juillet de gros bourgeons grisâtres occupent la lumière du vaisseau sectionné ; le nitrate d'argent n'a aucune action.

Le 17 août. Le bourgeonnement ne fait que s'accroître : d'une hauteur de 3 à 4 millimètres, il a le diamètre d'une pièce de 1 franc. De plus, il s'est développé une tumeur partant de ce point et gagnant, en décrivant une légère courbe à concavité antérieure, le sommet de l'aisselle : elle représente fidèlement, comme forme et comme consistance, la tumeur enlevée précédemment.

L'état général reste bon, la fillette souffre peu de l'aisselle.

Une application de pâte de Vienne est pratiquée sur les bourgeons exubérants.

Le 13 septembre. Les bourgeons, un instant réprimés, ont repullulé, et M. de Saint-Germain procède à un grattage avec la curette de Volkmann.

Le 19 octobre. La plaie s'est enfin cicatrisée et la cicatrisation était complète il y a huit jours. Par contre, l'état de la région périphérique s'est altéré d'une façon bizarre.

Aujourd'hui, la paroi thoracique représente un vaste éventail dont les nervures sont formées par les reliefs costaux.

Celui de la septième est particulièrement accentué près de l'articulation chrondro-costale.

Au second tronc lymphatique hypertrophié mentionné plus haut sont venus s'en adjoindre d'autres; tous ont presque le volume du lymphatique enlevé.

Tout cet envahissement a fait de notables progrès depuis huit jours. Il a même gagné les ganglions lymphatiques de l'aisselle ; deux ont le volume d'une noisette.

L'appareil respiratoire est peu touché ; de la submatité au tiers moyen, de la matité au quart inférieur, ainsi que de la diminution très notable du murmure respiratoire, voilà tout. L'enfant ne tousse ni ne crache, l'égophonie est absente.

L'état général est toujours bon et les souffrances sont modérées.

Le 5 décembre. Le gril costal a pris un développement considérable ; aussi la moitié droite du thorax est-elle beaucoup plus volumineuse que sa congénère.

La peau a pris une teinte rougeâtre et les bourgeons se sont un peu étendus.

La respiration n'est pas encore gênée et l'état général ne se ressent pas de la gravité de l'état local.

Depuis cette époque, la petite malade n'a pas été revue. Nous n'avons pu recueillir sur son compte que des renseignements vagues. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'elle a succombé dans le courant de février 1884, en proie à de vives douleurs; impossible de savoir s'il y a eu expectoration gelée de groseille (comme cela se présente dans le cancer du poumon) ou des troubles pulmonaires.

Quelque incomplète que soit cette fin d'observation, il nous a paru indispensable de la publier pour rectifier un diagnostic qui, du reste, était accompagné d'un point d'interrogation.

Il s'agissait, en somme, ici d'une lymphangite cancéreuse, symptomatique d'une tumeur maligne qui pendant longtemps est restée incluse dans la cavité thoracique, défiant les investigations les plus minutieuses. Déjà les végétations de la plaie ont permis de songer à une affection maligne, et cette hypo-

thèse s'est pleinement vérifiée par l'envahissement curieux du périoste de toutes les côtes.

Il est fâcheux que l'examen nécropsique ne soit pas venu montrer le point de départ de la tumeur; néanmoins, n'envisageant que sa manifestation extérieure, c'est un cas rare et par son siège et par son évolution. Ça été un des motifs qui nous ont poussé à le publier.

REVUES DIVERSES

I. — Clinique médicale des enfants.

Des épistaxis chez les enfants. — *Résumé* de la leçon clinique professée par M. le Dr Rendu, agrégé de la Faculté, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, d'après la leçon publiée *in extenso*, par la *Semaine médicale* des 12 et 26 juin, 1884.

Nous avons, en ce moment, deux malades traités pour des épistaxis graves, et chez lesquels nous n'avons pas tardé à reconnaître que l'hémorrhagie nasale, sérieuse d'ailleurs par elle-même, n'était en somme que le symptôme d'un état général variable.

Le premier de nos malades est un jeune garçon qui, au moment de son entrée, saignait du nez depuis trois jours consécutifs. Bien qu'il ne présentât aucune trace de fièvre, sa faiblesse était extrême, il avait de violentes douleurs de tête, se plaignait de courbature, d'alanguissement général, qu'il était très rationnel d'expliquer par son abondante hémorrhagie. Néanmoins, comme ce malade présentait un certain degré d'oppression, j'ai interrogé ses antécédents, et j'ai examiné avec soin ses divers organes. Je n'ai pas tardé à apprendre que, il y a quelques années de cela, cet enfant avait eu une fièvre typhoïde et une rougeole, que, depuis plusieurs mois, il avait des palpitations de cœur, et que ses jambes enflaient de temps à autre. En l'auscultant, je trouvai un cœur hypertrophié avec un souffle systolique de la pointe, indiquant un certain degré d'insuffisance mitrale.

C'étaient là des circonstances qui eussent suffi à expliquer l'épistaxis actuelle, mais cette dernière s'expliqua bien mieux encore, quelques jours après, lorsque nous pûmes constater que les membres

et les articulations du petit malade étaient le siège des douleurs caractéristiques d'une attaque de rhumatisme légère. Ainsi donc, il s'agissait d'épistaxis se manifestant chez un cardiaque, comme symptôme prémonitoire d'un accès de rhumatisme.

Notre second malade est une petite fille qui se présenta à nous dans des conditions analogues, sauf cependant qu'elle avait un peu de fièvre. Au moment de son entrée, ses parents nous racontèrent que, depuis quatre jours, elle avait eu de fréquents saignements de nez, et c'est à ces hémorrhagies répétées qu'ils attribuaient l'état d'affaissement de l'enfant, ses douleurs de tête, etc., etc.

L'hypothèse était vraisemblable ; mais, en présence de la fièvre, nous dûmes faire quelques réserves au sujet de l'existence possible d'une fièvre éruptive, et l'événement nous donna raison. Peu de temps après l'entrée de l'enfant, nous pûmes constater dans la gorge et sur le voile du palais une série de petits points rouges, qui nous faisait penser à une rougeole, et le lendemain notre diagnostic était confirmé par l'apparition de l'éruption cutanée caractéristique. Chose remarquable, les épistaxis cessèrent aussitôt après l'apparition de l'éruption.

L'épistaxis, vous le voyez, cet incident pour ainsi dire banal chez les enfants et les jeunes gens, relève souvent de circonstances éloignées.

Et tout d'abord, un premier point sur lequel j'attire votre attention, c'est que les épistaxis, si fréquentes dans l'enfance, sont, au contraire, extrêmement rares chez les nouveau-nés. Ce n'est que vers l'âge de 2 ans que l'on commence à les observer, et, à partir de cet âge, ils sont d'autant plus fréquents qu'on se rapproche davantage de la puberté.

Ceci dit, lorsqu'on se trouve en présence d'une épistaxis, la première chose à laquelle on doit songer, c'est à une lésion locale des fosses nasales. Cette lésion locale, variable dans sa nature, est rarement inflammatoire. Les saignements de nez sont très rares dans le coryza ; ils ne se montrent qu'à la fin de la maladie, et ils résultent, le plus souvent, des efforts que fait le malade pour se moucher. Cette circonstance explique la rareté des épistaxis véritables chez les enfants strumeux. Leur pituitaire, presque toujours enflammée, boursouflée, couverte de végétations très vasculaires, semble merveilleusement disposée aux hémorrhagies, et cependant celles-ci

sont rares, ou tout au moins, lorsqu'elles se produisent, elles sont toujours d'ordre mécanique.

Une lésion contiguë au coryza, ce sont les polypes; des deux variétés de polypes qui se développent dans les fosses nasales des enfants, les uns, les polypes muqueux, ne sont que très rarement cause d'épistaxis, tandis que les autres, les polypes fibreux, donnent lieu à des saignements de nez souvent fort graves. Ces hémorrhagies se montrent au début de la maladie; elles résultent de ce que le fibrome, déterminant l'irritation de la muqueuse, provoque à sa surface une fluxion congestive des plus vives, bientôt suivie de la rupture des vaisseaux gorgés de sang.

Une cause d'épistaxis à laquelle il faut toujours songer chez les enfants, c'est la présence de corps étrangers. Les recueils scientifiques fourmillent de cas dans lesquels un de ces corps, après être resté inaperçu pendant des années, détermine un jour l'inflammation, puis l'ulcération de la muqueuse, et, à sa suite, une perte sanguine plus ou moins abondante. L'enlèvement du corps étranger suffit pour faire disparaître rapidement tous les accidents.

Il va sans dire que l'épistaxis peut être produite par un traumatisme; le mécanisme ici est des plus simples ; il est inutile d'y insister. Il est cependant une cause traumatique spéciale à l'enfance dont il est bon d'être prévenu sous peine d'être exposé à de fréquentes erreurs.

Je veux parler de l'action du doigt introduit dans la narine et y déterminant des excoriations qui, sur une membrane aussi vasculaire que la pituitaire, suffisent souvent pour provoquer une véritable hémorrhagie.

A côté de ces variétés d'épistaxis, il en est d'autres que l'on peut considérer comme spontanées.

Les épistaxis de la coqueluche peuvent être considérées comme un type du genre. Au moment d'une quinte violente, les conditions dans lesquelles s'effectue la circulation céphalique pituitaire sont tout à fait modifiées : il se produit dans ces régions une congestion vive, excessive même, à la suite de laquelle des ruptures vasculaires peuvent se produire. Il arrive parfois que l'écoulement sanguin qui résulte de ces ruptures consécutives et fréquentes constitue une complication sérieuse. Roger, dans ses cliniques, cite le cas d'une enfant qui perdit ainsi près d'un demi-litre de sang en vingt-quatre heures.

Il est juste de dire que toutes les coqueluches ne s'accompagnent pas d'épistaxis, ce qui semble indiquer que les causes mécaniques créées par la toux ne sont pas leur cause unique.

Cette cause surajoutée est souvent obscure, et alors on est amené à faire jouer un rôle important à une altération spéciale du sang de nature mal déterminée. D'autres fois, elle est facile à apprécier : tels sont les cas des enfants qui avaient une affection cardiaque au moment où ils ont été atteints par la coqueluche.

Les affections du cœur, chez les enfants, s'accompagnent en effet très fréquemment d'épistaxis, et cela, non pas seulement dans le période d'asystolie, période pendant laquelle elles se rencontrent également chez l'adulte, mais encore pendant toutes les autres périodes de la maladie. Il est vrai que les épistaxis de cet ordre sont presque toujours provoquées par une cause banale, comme l'exposition au soleil, la tête nue, le passage brusque du chaud au froid, d'un air condensé dans un air raréfié, etc.

Mais, à côté de ces épistaxis d'origine mécanique, il en est d'autres qui proviennent de l'état général.

Parmi ces causes générales, nous placerons, en première ligne, les fièvres éruptives et plus spécialement la rougeole.

Les épistaxis sont très fréquentes, surtout dans la période prémonitoire de la rougeole.

Un des deux malades dont je vous ai raconté l'histoire en commençant cette leçon en était un exemple topique. On doit attribuer cette fréquence à ce fait, que les premières manifestations de la rougeole portent justement sur la pituitaire. Dans la période d'état, les hémorrhagies nasales deviennent extrêmement rares, mais elles reparaissent quelquefois dans la periode de déclin, alors que l'éruption cutanée a disparu, ou tout au moins qu'elle ne reste plus qu'à l'état do marbrures bleuâtres, disséminées à la surface du corps. L'épistaxis, dans ce cas, joue le rôle de phénomène critique.

La scarlatine, par contre, jouit du singulier privilège de respecter les fosses nasales ; tous les auteurs sont d'accord sur ce point. Il faut cependant faire abstraction des scarlatines graves hémorrhagiques d'emblée, qui ne se rencontrent d'ailleurs, que très rarement dans nos pays.

Les épistaxis scarlatineuses sont assez fréquentes, au contraire, dans la période de décours de la maladie ; mais ici, l'hémorrhagie

nasale résulte d'une complication fréquente dans la dernière période de la scarlatine. la néphrite.

La variole est une maladie rare chez les enfants; quand elle se développe à cet âge, elle ressemble à la variole de l'adulte, c'est-à dire qu'elle est souvent précédée par des épistaxis.

L'érysipèle commence très souvent par l'arrière-gorge aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte, et de là il s'étend aux fosses nasales et à la peau. Pendant tout le temps qu'il occupe les fosses nasales, la pituitaire est le siège d'une congestion vive, et celle-ci suffit souvent pour provoquer l'hémorrhagie.

La fièvre typhoïde qui, chez l'adnlte, provoque si souvent des épistaxis prémonitoires, se comporte un peu différemment chez l'enfant. La plupart des enfants qui sont atteints de fièvre typhoïde n'ont pas de ces hémorrhagies; c'est tout au plus si on les observe dans 1/5 ou 1/6 des cas d'après Rillet et Barthez. Quand par hasard elles se produisent, il s'agit le plus souvent d'un écoulement insignifiant.

Dans la diphtérie, c'est tout le contraire, l'épistaxis est fréquente, et tantôt elle est provoquée par la localisation de la maladie sur la pituitaire, tantôt elle se manifeste en dehors de la présence de toute espèce de fausse membrane sur cette muqueuse. Dans ce dernier cas, elle est l'expression de l'infection générale de l'économie; il est probable qu'il faut l'attribuer à la plus grande diffluence du liquide sanguin d'une part, et, d'autre part, à une modification dans la structure intime des vaisseaux qui deviennent plus friables qu'à l'état normal.

Il faut bien savoir, d'ailleurs, que cette remarque n'est pas vraie seulement pour la diphtérie ; dans toutes les maladies dont je viens de vous parler, le mécanisme de l'hémorrhagie revêt la même complexité.

A côté de ces épistaxis, dont la pathogénie est complexe, il en est d'autres, relativement plus simples, dans lesquelles l'altération du sang joue un rôle à peu près exclusif. Dans cette catégorie on peut ranger le scorbut, l'ecthyma, le purpura. Cette dernière affection est, parmi les maladies de l'enfance, une de celles qui donne lieu aux épistaxis les plus graves. Vous avez pu voir dans nos salles, il y a quelque temps, une petite fille de dix-huit mois, atteinte d'un purpura, très léger quant à ses manifestations cutanées, qui s'accompagna, par contre, d'épistaxis tellement sérieuses, que nous fûmes obligés d'avoir recours au tamponnement, opération toujours difficile

et même dangereuse à cet âge. Les hémorrhagies de cette nature sont généralement faciles à reconnaître, puisqu'elles s'accompagnent presque toujours de la présence de taches ecchymotiques à la surface de la peau, et de douleurs rhumatismales disséminées.

Vous savez que les maladies du foie sont une cause fréquente d'épistaxis.

Vous ne les observerez cependant que très rarement chez les enfants, puisque les affections hépatiques sont absolument exceptionnelles chez eux. Il est cependant deux circonstances où on peut les observer, dans le cas de maladie du cœur avec cirrhose secondaire, et dans le cas d'ictère grave.

Bien plus fréquente est l'épistaxis consécutive aux maladies rénales. Les maladies du rein, en effet, sont fréquentes dans le jeune âge. Au commencement de l'année, je vous ai montré une épistaxis de ce genre chez un jeune enfant atteint d'une néphrite aiguë *a frigore.*

Toutes les causes dont je viens de faire mention peuvent manquer, et l'hémorrhagie nasale peut se produire pour ainsi dire sans cause, être spontanée.

Les épistaxis de ce genre sont peut-être les plus communes. Que d'enfants saignent du nez de temps à autre, sans pour cela que leur santé paraisse altérée en quoi que ce soit!

C'est surtout pour les épistaxis de ce genre qu'il est difficile d'établir une pathogénie. Quelques-unes paraissent intimement liées à l'évolution de l'individu. Telles sont celles qui apparaissent à la puberté ; on les observe de préférence chez les jeunes filles de 12 à 14 ans, au moment où s'établit la menstruation. Il semble que ces hémorrhagies nasales soient de véritables menstruations mal équilibrées, dans lesquelles le sang, n'ayant pas encore pris son cours normal, vient se faire jour à la surface de la pituitaire. Les épistaxis de cette nature ne disparaissent pas toujours au moment même où la menstruation régulière s'est établie ; il peut arriver, et pour mon compte j'en ai observé des exemples, que la menstruation nasale alterne pour ainsi dire avec la menstruation utérine et la remplace. Puech affirme même qu'il a observé de ces épistaxis qui s'accompagnaient d'une véritable ovulation.

On observe des épistaxis analogues chez les jeunes garçons, à la période de la vie qui correspond à l'époque où s'établit la menstruation des petites filles. Un point assez intéressant à connaître au sujet de ces hémorrhagies, c'est qu'elles paraissent se déclarer surtout

chez les jeunes gens qui deviendront plus tard des hémorrhoïdaires. Je me rappelle un de mes camarades de collège qui, vers l'âge de 15-16 ans, avait de ces saignements de nez, se reproduisant à tout propos; je l'ai revu depuis, et il venait me consulter pour des hémorrhoïdes considérables. Si j'ajoute que cet homme est né de parents goutteux, vous admettrez sans peine, avec moi, la relation qui existe entre ces hémorrhagies nasales du jeune âge et les hémorrhoïdes se produisant probablement les unes et les autres sous l'influence de la même diathèse, la diathèse arthritique.

La même chose se produira chez les individus qui, plus tard, donneront des rhumatisants ou des goutteux. Vous rencontrerez des enfants réputés bien portants, qui saignent souvent du nez sans en être fatigués; examinez-les avec soin, et bien souvent vous apprendrez qu'ils sont sujets à des douleurs rhumatoïdes encore mal caractérisées, mais qui le deviendront plus tard; examinez leurs urines, et, au lieu de les trouver claires et limpides, comme elles le sont habituellement à cet âge, vous les trouverez louches et formant un dépôt très net. Ce n'est pas encore le dépôt graveleux des goutteux, mais cela s'en rapproche, et s'en rapprochera de plus en plus, au fur et à mesure que l'enfant avancera en âge. De même, ces enfants seront sujets à des migraines atroces que rien ne saurait expliquer, si ce n'est leur état diathésique spécial.

En somme, ces fluxions nasales, qui se terminent par des épistaxis, sont très analogues aux fluxions rhumatismales franches, que l'on observera plus tard au niveau des articulations. C'est un même phénomène qui se traduit ici par des hémorrhagies, là par de la douleur, du gonflement, etc.

Par contre, ces épistaxis, fréquentes chez les arthritiques, sont rares chez les scrofuleux, surtout si nous faisons abstraction des lésions scrofuleuses locales de la pituitaire. Ce sont là des considérations dont l'importance pratique ne vous échappera pas : le saignement de nez, que rien n'explique, fait partie d'un groupe de symptômes très significatifs au point de vue de l'avenir pathologique de l'enfant. Il doit vous mettre en éveil et vous engager à conseiller, prématurément pour ces enfants, l'hygiène spéciale aux arthritiques.

Il ne faudrait pas croire cependant que les épistaxis diathésiques soient absolument spontanées. Il en est de leur apparition, comme de l'apparition d'un accès de rhumatisme articulaire : elles reconnais-

sent souvent une cause locale. Tantôt elles succéderont à une mauvaise digestion, tantôt elles se manifesteront chez des enfants surmenés physiquement ou intellectuellement. Cette dernière cause vous explique un grand nombre des épistaxis observées chez les jeunes collégiens. Si vous n'êtes pas prévenus, vous êtes exposés à prescrire une série de médications qui restent toujours inefficaces, alors que les accidents disparaîtraient facilement avec huit jours de campagne et de repos au grand air.

N'oubliez pas, enfin, que la masturbation est également une cause efficiente puissante de ces épistaxis chez les jeunes gens prédisposés. Vous devrez toujours la soupçonner lorsque vous n'aurez trouvé aucune autre explication plausible.

Les caractères du saignement de nez sont sensiblement les mêmes, quelle qu'en soit la cause productrice, et ce n'est pas par l'observation du symptôme en lui-même que vous en établirez la pathogénie, c'est surtout par l'étude attentive des phénomènes qui l'accompagnent.

L'épistaxis qui est précédée de lourdeur de tête, de courbature générale, sans modification appréciable du pouls ou de la température, est presque toujours d'origine diathésique, et son apparition soulage généralement le malade. Lorsqu'elle est précédée des mêmes prodromes, mais avec accompagnement de fièvre, on doit craindre une maladie générale, qui peut être aussi bien une fièvre typhoïde, une fièvre éruotive, ou tout simplement de l'embarras gastrique. L'existence ou la non existence de la fièvre, accompagnant l'épistaxis, constitue, comme vous le verrez, un phénomène de premier ordre, celui sur lequel vous devez tout d'abord porter toute votre attention; mais ce n'est pas le seul. Vous devrez également examiner le fonctionnement des organes tels que le foie, les reins, que nous avons vu produire certaines épistaxis.

J'ai supposé jusqu'ici que l'écoulement sanguin nasal était facile à reconnaître, et de fait il en est ainsi dans l'immense majorité des cas. Cependant il est bon de savoir qu'il existe à cet égard une cause d'erreur, c'est lorsque l'écoulement sanguin s'est fait goutte à goutte, et pendant la nuit. Il n'y a pas d'hémorrhagie nasale appréciable, le sang passe dans l'estomac, et ce n'est que le lendemain au réveil qu'il est rendu par vomissements. Vous trouverez dans les cliniques de Trousseau l'observation d'un cas de ce genre, devant lequel on hésita longtemps pour savoir s'il s'agissait d'une épistaxis ou d'une

hématémèse. Ce n'est qu'après avoir acquis la certitude que l'estomac n'était pas malade, que, portant l'attention vers les fosses nasales, on finit par reconnaître l'origine première de l'hémorrhagie.

Le pronostic des épistaxis dépend à la fois de l'abondance de l'écoulement sanguin et de la cause qui les a produites. Il est facile de comprendre que, plus l'écoulement est considérable, plus il se répète, plus il est grave; il peut même être suffisant pour amener la mort, indépendamment de la maladie principale dont il est une manifestation. Il est vrai que cette complication est des plus rares; ce que l'on observe le plus souvent, c'est que l'enfant, affaibli par des pertes sanguines successives, anémié au-delà de toute expression, contracte avec la plus grande facilité une maladie intercurrente, et comme il ne peut réagir contre cette maladie, c'est celle-ci qui le fait succomber.

Il y a lieu aussi, ai-je dit, de tenir grand compte de la cause productrice de l'épistaxis. Une épistaxis d'origine néphrétique est infiniment plus sérieuse qu'une de ces épistaxis, pour ainsi dire essentielles, qui se manifestent souvent sans cause appréciable.

Par contre, certaines épistaxis paraissent quelquefois jouer un rôle salutaire. C'est ainsi, par exemple, que les épistaxis qui marquent le début de certaines fièvres typhoïdes suffisent souvent pour faire disparaître la céphalée, la lourdeur de tête qui, à cette période, impressionnent si désagréablement le malade. Il y a même là une indication thérapeutique à saisir : toutes les fois que l'on se trouvera en présence d'un individu jeune, phléthorique, atteint de fièvre typhoïde au début, avec symptômes inflammatoires ou congestifs intenses du côté du cerveau, de céphalée atroce, il y a quelque avantage à mettre une ou deux sangsues derrière l'oreille. J'ai souvent observé les résultats heureux d'une semblable médication, qui n'est, en somme, que l'imitation de la nature.

De même, au décours des maladies aiguës, l'épistaxis est quelquefois une bonne chose. Il y a déjà longtemps que Cazalis a fait la remarque qu'une épistaxis importante survenant au vingtième jour d'une fièvre typhoïde suffit quelquefois à faire disparaître un état adynamique alarmant. La maladie, qui jusqu'alors avait eu une allure suspecte, prend tout à coup une marche régulière, qu'elle conserve jusqu'à la convalescence.

Le traitement, vous le comprenez sans peine, est extrêmement variable, et dépend de chaque cas particulier. Il est des cas où les épis-

taxis doivent être respectées, il en est d'autres où elles devront forcément être traitées ; c'est lorsqu'elles sont très copieuses et que par elles-mêmes elles peuvent mettre la vie du malade en danger. Cette règle est applicable aux épistaxis supplémentaires elles-mêmes, puisque, ainsi que Courty l'a démontré, elles sont capables de provoquer des accidents mortels.

Les moyens à employer sont souvent très simples : une compresse froide sur le crâne, l'élévation des deux bras, les injections locales froides ou astringentes, une décoction de feuilles de noyer, un peu d'alun ; le perchlorure de fer est également un excellent hémostatique, mais il a l'inconvénient de provoquer la formation de caillots qui obstruent les fosses nasales, et que l'on a de la peine à désagréger, aussi devra-t-on éviter de l'employer toutes les fois que cela sera possible.

Quant l'hémorrhagie est considérable et persistante, on a une dernière ressource, c'est le tamponnement. On peut également employer l'opium, suivant en cela le conseil de Gubler, qui dit que certaines épistaxis étant dues à un excès du stimulus nerveux, le meilleur remède serait une substance comme l'opium qui atténue ce stimulus. C'est une application du vieil adage hippocratique, *ubi stimulus, ibi fluxus*. Il y a quelques dix jours, j'ai pu arrêter, par ce procédé, une hémorrhagie grave, contre laquelle avaient échoué tous les moyens, y compris le tamponnement.

II. — Extraits divers.

Cas de menstruation chez une enfant, par le Dr Van Derveer, d'Albany, d'après l'*American Journal of Obstetrics*, Ap. 1884, et le *Répertoire de thérapeutique* (Dr Ad. Olivier).

M. et Mme B. K.... présentent de bons antécédents de famille et ne sont aucunement parents. Mme K.... fut assistée dans son accouchement par les Drs Snow et Perry, de cette ville; toutefois, la famille est depuis longtemps en rapport avec la mienne, surtout du côté du père. Je fus appelé à voir l'enfant en septembre 1882, parce qu'on la supposait atteinte d'une affection de l'épine, et je fus fort surpris d'apprendre l'histoire suivante. L'enfant est actuellement âgée de 2 ans et 7 mois, et elle a commencé à présenter un écoulement menstruel normal, régulier, qui dura de quatre à cinq jours, à l'âge de

4 mois, et qui réapparaît tous les vingt-huit jours depuis. Elle pèse 49 livres; son visage et sa conformation sont ceux d'une jeune fille de 10 à 12 ans; ses seins ont le volume d'une petite orange. Le mont de Vénus est bien développé et couvert d'une grande quantité de poils. Les lèvres externes sont grandes et toutes les parties de la vulve sont bien conformées. Elle est belle et intelligente, mais facilement irritable, et surtout au début de la période menstruelle. Elle ne veut pas et ne semble pas aimer jouer avec les enfants de son âge. Son penchant et ses goûts sont ceux d'enfants beaucoup plus âgés. Ses fonctions semblent s'accomplir normalement. Elle n'a jamais eu de leucorrhée. Elle n'a jamais montré de disposition à la masturbation.

Son état physique est splendide comme développement et il n'y a aucune affection de l'épine. Elle joue avec ses poupées. Bien qu'il soit difficile pour un étranger de comprendre son langage, ses parents ne présentent aucun trouble de ce côté.

En décembre 1882, janvier et février 1883, elle ne fut pas réglée; elle fut beaucoup plus irritable et eut de l'insomnie la nuit. En mars, les règles revinrent comme d'habitude et furent normales depuis; la santé de l'enfant se rétablit complètement. C'est le premier cas de ce genre qu'on observe dans la famille.

Un cas de trismus des nouveau-nés (?), par le Dr Irving Smith, de Charles City, d'après l'*American Journal of Obstetrics*, ap. 1884, et le *Repertoire de thérapeutique* (Dr Ad. Olivier).

L'enfant est un garçon, premier né, à terme, de parents allemands-américains bien portants; il pèse environ 6 ou 7 livres; il est très bien développé. Il ne fut vu par le médecin que le troisième jour. Les membres inférieurs étaient fléchis et les pieds étaient renversés au point de luxer partiellement l'articulation tibio-tarsienne, ce qui avait fait supposer aux parents que l'enfant avait un pied bot, et c'est pour cela qu'ils avaient appelé le médecin. Les humérus étaient tous les deux luxés en avant, et les avant-bras étaient fortement pliés; les doigts étaient diversement contournés par des contractions musculaires. Le visage était convulsionné, le nez nettement aplati et effilé. Tous les muscles en général étaient dans un état de rigidité tonique, accrue par les efforts pour redresser les membres. On remarqua la difformité au moment de la naissance, mais elle était alors moins marquée. Ce qui est assez étrange, c'est que l'enfant était capable de

prendre du lait à la cuiller et d'avaler. Lorsqu'il ne dormait pas, il criait faiblement. Tous ces symptômes ne s'amendèrent point, et l'enfant mourut le douzième jour.

Proliférations atypiques de l'épithélium de l'intestin infantile. — Communication du Dr Baginsky, à la *Société de médecine interne* de Berlin. Séance du 30 juin 1884.

M. A. Baginsky. — Je voudrais vous parler d'une altération de la muqueuse intestinale, qui, je crois, n'a pas encore été décrite. Un enfant de sept mois souffrait d'un catharrhe de l'estomac. La diarrhée, qui avait d'abord diminué, augmenta de nouveau, des aphthes se développèrent, une rougeole survint, et l'enfant mourut d'épuisement.

A l'autopsie, je constatai une étrange affection dans le gros intestin. La muqueuse était tuméfiée et semblait recouverte d'une masse de grosses granulations, qui lui donnaient l'aspect d'une écumoire. Il n'y avait point de processus ulcéreux. Ce qui est le plus intéressant, c'est le résultat de l'examen microscopique : on a déjà constaté à plusieurs reprises que la muqueuse de l'intestin est parfois parsemée de cellules rondes nombreuses, qui tendent à passer entre les glandes de Lieberkühn; de même l'on voit dans des cas de catarrhe chronique des amas de cellules, soit dans les follicules solitaires, soit dans les plaques de Peyer. A côté de ce processus folliculaire, je constatai une altération essentielle des glandes de Lieberkühn : déjà dans les parties supérieures de l'intestin grêle, et surtout dans les parties situées plus bas, ces glandes commençaient à se présenter sous des formes étranges : dilatations infundibuliformes, excavations latérales, ramifications diverses, de sorte que sur les coupes, au lieu de tubes régulièrement perpendiculaires et rangés perpendiculairement l'un à côté de l'autre, on voyait des figures serpentines et entrelacées. L'épithélium en partie normal des follicules se présentait dans les autres régions sous la forme de masses confluentes et transparentes. Plus on se rapprochait du gros intestin, plus on constatait qu'il ne s'agissait pas d'une affection superficielle des glandes, mais plutôt d'une sorte de prolifération de ces glandes dans la tunique sous-muqueuse où elles se ramifiaient en tout sens.

Dans ces conditions, il est facile de comprendre que l'intestin ne pouvait absorber aucun aliment.

Ces proliférations atypiques ont été étudiées par Friedlander, qui chercha surtout les liens qui les unissent au carcinome. E. Fraenkel parle dans les *Archives de Virchow* (tome VIII), de produits cystoïdes qu'il a trouvés dans le côlon d'un garçon de 4 ans. Il les décrit comme des granulations provenant de la muqueuse et remplies de tissu colloïde. Fraenkel cite Orth comme ayant vu ces lésions dans des cas de dysentérie chronique, et croit qu'elles se développent à la suite du rétrécissement des tubes glandulaires, par la tuméfaction du tissu tuberculeux, d'où une rétention des *secreta*, et consécutivement la production des excavations vésiculaires.

Dans l'observation citée plus haut, il ne s'agit nullement d'une rétention des *secreta*, mais d'une véritable prolifération. Il y a fort peu de chose dans la science au sujet de cette altération des glandes.

Je crois cependant que ce processus n'est pas sans importance, car des recherches ultérieures m'ont fait voir que, déjà dans des formes moins graves de catarrhe, on peut constater le commencement de cette prolifération. Il faut donc, dans les cas de catarrhe chronique de la paroi intestinale, tenir compte aussi des altérations des glandes de Lieberkühn. Il est vrai que nous ne connaissons pas beaucoup les fonctions de ces glandes; pourtant, je crois pouvoir affirmer *a priori* que ce ne sont pas seulement des glandes mucipares. On ne peut guère admettre que des glandes, qui, comme les glandes de Lieberkühn, revêtent toute la paroi intestinale d'une façon régulière et en très grand nombre, ne président qu'à la production du mucus. Je crois plutôt qu'elles ont une grande importance pour la digestion; je fonde cette opinion sur l'existence d'un ferment de présure (*Labferment*), dans la paroi intérieure du duodénum. Voilà également pourquoi je crois que la lésion décrite plus haut, de ces glandes, est pour quelque chose dans la marche du catarrhe intestinal chronique.

M. Leyden. — Est-ce que les proliférations intestinales sont en connexion directe avec les glandes de Lieberkühn?

M. A. Baginsky. — Parfaitement.

M. Leyden. — Quelles sont les relations de ce processus avec le catarrhe chronique? M. Baginsky peut-il établir une comparaison entre ces proliférations intestinales liées au catarrhe chronique et les proliférations de l'épithélium rénal dans des cas de néphrite?

M. A. Baginsky. — Je ne puis dire qu'une chose, c'est que le processus de prolifération s'observe au début de l'affection de l'intestin. A la seconde question, je ne puis pas répondre. (*Semaine médicale.*)

De la section sous-cutanée des ligaments croisés pour le redressement de l'ankylose du genou, par M. M. Lane Tiffany, professeur à l'Université de Maryland, d'après le *Medical News* du 2 février 1884 et le *Répertoire de thérapeutique*..

La section sous-cutanée des ligaments croisés a donné à l'auteur des résultats excellents et durables pour le traitement de la difformité et de l'ankylose qui peuvent succéder à une inflammation articulaire.

Après la tumeur blanche, il n'est pas rare d'observer au genou, outre une ankylose plus ou moins complète, les déformations suivantes : tête du tibia subluxée en arrière des condyles du fémur, rotation de la jambe en dehors, proéminence du condyle interne du fémur.

Les fonctions du membre, pour la marche ou le saut, sont donc compromises. Aussi s'adresse-t-on, et souvent avec des résultats remarquables, à la section des tendons et des bandes aponévrotiques extra-articulaires ; à la rupture, sous le chloroforme, des adhérences et ligaments intra-articulaires ; au massage, aux mouvements communiqués. Pourtant, quelquefois, ces moyens ne sont pas couronnés de succés.

Cette difformité du genou se rencontre, à vrai dire, plus souvent chez l'adulte que chez l'enfant, et, lorsqu'on a divisé tous les tendons et aponévroses périarticulaires, on en est à se demander quelle force il faudra employer, et aussi lesquels des cartilages épiphysaires, des os, ou des adhérences céderont en premier ? D'ailleurs n'a-t-on pas l'habitude d'attendre, avant toute intervention, que l'inflammation soit tombée complètement ? Dans ces conditions, les surfaces articulaires du tibia et du fémur sont soudées l'une à l'autre dans leur position vicieuse ; les tissus qui entourent l'article s'accoutument à cette position nouvelle et maintiennent fixes les os, comme ils le font à l'état normal. Cette façon d'expliquer les phénomènes observés, M. Tiffany l'a appliquée aux ligaments croisés, et comme la flexion et l'extension sont absolument limitées, il a pensé que la section de ces deux ligaments donnerait non seulement des mouvements plus étendus, mais encore permettrait au tibia de glisser en avant pour retrouver ses rapports normaux avec le fémur.

En novembre dernier, il se trouva en présence d'un cas d'ankylose du genou. Le jeune âge du sujet l'empêcha d'avoir recours à la résec-

tion ; le redressement était impossible sans employer la violence, il décida la section des ligaments croisés.

Mais quelles sont les précautions à prendre avant cette opération ?

L'inflammation doit avoir cessé depuis longtemps déjà ; l'état général doit être excellent. Si des tendons, des ligaments, des aponévroses peuvent s'opposer à l'extension, on devra les diviser par la voie sous-cutanée. Après cicatrisation de la peau, on fait l'extension sous le chloroforme, et l'opérateur reconnaît alors que l'obstacle au redressement est dû aux ligaments intra-articulaires.

La quantité de force à dépenser ne peut s'indiquer en poids, le chirurgien en est juge. Chez les individus dont les os ne sont pas complètement ossifiés, il va de soi que l'on ne doit pas employer une force trop grande.

Après ces manœuvres, si la difformité persiste, il faut sectionner les ligaments croisés : le malade est couché sur le dos, la jambe est étendue et fixée pour tendre le ligament croisé antérieur. On plonge le ténotome au niveau du côté interne du ligament de la rotule, un quart de pouce au-dessus de la surface articulaire du tibia, on le promène en arrière et en dehors, de façon à passer entre l'épine du tibia et le condyle externe du fémur au-dessous du ligament croisé. Le tranchant du couteau doit alors être promené à travers l'articulation, d'un côté à l'autre, le tranchant étant dirigé de telle façon qu'il passe par-dessous l'épine et divise le ligament croisé antérieur juste au-dessus de son insertion au tibia ; le ligament postérieur sera aussi probablement divisé, mais comme il est plus éloigné de la piqûre cutanée, il vaut mieux retourner le ténotome sans le retirer, et le faisant pénétrer plus profondément dans l'articulation, le promener du condyle interne au condyle externe en suivant le chemin déjà parcouru. Si la division est bien faite, la jambe peut de suite être étendue ; on sent le tibia glisser en avant sur les condyles et occuper presque, sinon tout à fait, la position normale. La saillie postérieure disparaît, la rotation du pied est diminuée.

Un apareil plâtré, qui maintient le genou dans sa nouvelle position, est alors appliqué. Les mouvements ne sont commencés que lorsque toute apparence d'inflammation a disparu. Chez la jeune malade dont parle l'auteur, on commença les mouvements trois semaines après l'opération.

Statistique de la mortalité à New-York, dans les maladies des enfants. (*Med. Rec.* Ap. 26th).

Fièvre cérébro-spinale	223
Eclampsie infantile	514
Croup membraneux	644
Cyanose et atélectasie	248
Affections diarrhéiques	2.897
Diphthérie	1.009
Hydrocéphalie et méningite tuberculeuse	560
Inanition (athrepsie) faute d'alimentation au sein)	229
Rougeole	716
Méningite et encéphalite	749
Scarlatine	744
Coqueluche	327
En tout	8.860

Sans compter 4.900 décès en dehors de ces causes. La différence de la mortalité entre les appartements et les maisons séparées est de cinquante pour cent en plus pour les premiers.

III. — OUVRAGES REÇUS.

La *Revue des maladies de l'enfance* a reçu :

Traité clinique des maladies de l'enfance, par le Dr CADET DE GASSICOURT, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie. Tome III et dernier : Diphthérie, affections cérébrales. 1 vol. grand in-8° de 600 pages avec 40 tracés. Prix : 12 fr. L'ouvrage est maintenant terminé. Prix des trois volumes : 36 fr. — O. Doin, éditeur.

Société protectrice de l'enfance de Lyon, fondée en 1866 (n° 16) : Compte rendu de la séance publique du 26 avril 1884.

Contribution à l'étude de la sclérose multiloculaire chez les enfants, par le Dr MONCORVO, professeur de clinique des maladies des enfants à la Policlinique de Rio-de-Janeiro.

Die Verhütung der Augenentzündung der Neugeborenen (*La préservation l'ophthalmoblennorrhée des nouveau-nés*), par le professeur Carl S. F. CREDÉ (de Leipzig). — Berlin. Aug. Hirschwald, 1884.

Le gérant : G. STEINHEIL.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY, successeur, 52, rue Madame et rue Monsieur-le-Prince, 14.

REVUE MENSUELLE

DES

MALADIES DE L'ENFANCE

Septembre 1884

TRAVAUX ORIGINAUX

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE DES MALADIES DE L'INTESTIN CHEZ LES ENFANTS DU PREMIER AGE

(DIARRHÉE, DYSENTERIE, CHOLÉRA INFANTILE).

Par le Dr Aubert, médecin-major au 28e de ligne.

(Suite et fin) (1).

CHAPITRE II.

Nous venons de passer en revue, dans le chapitre précédent, les différentes causes susceptibles d'engendrer soit la diarrhée, soit la dysenterie, soit le choléra infantile. Nous allons maintenant exposer quels sont les moyens de prévenir ces désordres intestinaux, de les atténuer et de les combattre efficacement.

Nous croyons avoir fait ressortir suffisamment que la diges-

(1) Voyez la *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, août 1884.

tion chez l'enfant est la fonction la plus importante, pour ne pas dire l'unique (*Infans totus in stomacho*), et que le tube intestinal est d'une impressionnabilité excessive. Il nous reste à indiquer par quel procédé les mères ou les nourrices pourront mettre leurs enfants à l'abri de ces redoutables affections qui s'accusent par des selles plus liquides et plus abondantes, qui ont perdu à la fois leur couleur jaunâtre et leur homogénéité. Enfin, il importe, une fois l'irritation intestinale produite, de veiller à ce qu'elle ne se prolonge pas, afin d'éviter des altérations profondes de la muqueuse, et en dernier lieu l'hypertrophie des nombreux ganglions mésentériques qui s'étalent autour des chylifères, et qui produisent consécutivement sur ces derniers des compressions qui entravent singulièrement le travail de l'absorption.

Si l'on veut s'opposer d'une manière efficace aux diverses affections intestinales qui déciment le premier âge, il faut avoir recours : 1° à un régime rationnel; 2° à une hygiène bien entendue, pendant l'allaitement comme pendant le sevrage.

Le lait, nous l'avons démontré, est le seul aliment qui convienne à l'enfant dans les premiers mois de la vie, et de tous les laits, le plus approprié à l'appareil digestif du nouveau-né c'est, sans contredit, le lait de la mère ou de la nourrice. Lorsqu'une mère a pris la résolution de nourrir son enfant, il faut, tout d'abord, qu'elle sache résister aux cris de son enfant et qu'elle ne lui présente le sein qu'à des intervalles réguliers : toutes les deux heures les deux premiers mois, puis toutes les trois heures jusqu'à 6 mois, et une fois ou deux pendant la nuit.

Ces intervalles entre les repas sont indispensables pour ménager les forces de la nourrice, mais ils sont nécessaires aussi pour la santé du nourrisson. En effet, un nouveau-né qui prend trop souvent le sein, comme cela arrive généraleme aux nourrissons confiés à des nourrices salariées, ne pre plus que du lait séreux peu nutritif et susceptible de produ de la diarrhée.

Comment en serait-il autrement? Par des tetées trop rapprochées, on donne aux enfants indigestion sur indigestion, car ils n'ont pas eu le temps de digérer le premier repas qu'on leur en fait prendre un second. Au contraire, en régularisant les tetées les enfants sentent le besoin de prendre davantage, et ils retirent alors des seins un lait plus riche et plus crémeux. Mais pour atteindre ce résultat la tendresse de la mère devra être raisonnée, sinon elle n'aura plus de repos et son enfant dépérira.

L'allaitement naturel exige des soins et un dévouement de tous les instants, que beaucoup de mères ne peuvent pas donner; souvent aussi l'allaitement maternel est contre-indiqué par suite de la faiblesse congénitale ou acquise de la mère, ou par suite de malformation ou de maladies; dans ce cas, on s'adresse à une nourrice. Mais que d'inconvénients n'offrent pas ces femmes mercenaires qui désertent leur propre foyer pour aller porter dans un autre la force et la santé, presque toujours au détriment de leur propre enfant. En général, quand un enfant sera élevé au sein, il sera bon de l'habituer, dès les premiers mois, à prendre du lait de vache ou de chèvre au biberon, car si le lait de la mère ou de la nourrice venait à manquer brusquement, par suite d'une maladie ou d'un voyage imprévu, on se trouverait dans un réel embarras; on court alors chez la première nourrice venue, tandis qu'un choix serait si nécessaire. D'ailleurs, nous le savons tous, ce choix est difficile. A Paris et dans les grandes villes on s'adresse aux bureaux de placement. Là, la tromperie est permanente : les nourrices trompent sur leur âge et sur l'âge de leur lait. Celles qui emportent chez elles le nourrisson sont mal surveillées, pauvres, avares, et souvent elles négligent les enfants qu'on leur confie pour réserver leurs soins à leurs propres enfants.

Que l'enfant soit allaité par la mère ou par une nourrice, le lait doit rester son aliment exclusif jusqu'au sixième mois. Les nourrices, et même certaines mères, prétendent fortifier leurs enfants en leur donnant des soupes bien épaisses dès le premier mois ou même le premier jour de la vie, comme nous

l'avons vu bien des fois dans l'Ille-et-Vilaine et dans la Seine-Inférieure. Du reste, ces préjugés ne sont pas seulement répandus dans les campagnes, on les trouve même dans les grandes villes. « Dans certaines crèches, dit M. Boudet, j'ai vu donner de la bouillie et de la soupe à des enfants d'un mois à peine, et là, comme ailleurs, on se figurait que ces aliments les fortifiaient, tandis que leur estomac, préparé à recevoir le lait maternel, ne sécrétait pas encore le suc nécessaire à la digestion des aliments féculents. » Ce sont de tels préjugés qu'il convient de combattre énergiquement, en démontrant leur absurdité et en mettant en évidence les résultats funestes qu'ils déterminent.

Quoi qu'on fasse, dans une foule de circonstances on est obligé de recourir à l'allaitement artificiel. Nous avons dit précédemment ce que nous pensions de l'allaitement mixte, il nous reste à parler de l'allaitement artificiel, si répandu de nos jours et dans nos plus riches départements agricoles (Eure, Calvados, Orne, etc.). Du reste, il existe une certaine catégorie d'enfants qui sont incapables d'exécuter la préhension du mamelon et la succion au moins pendant les premiers jours. Les uns sont nés avant terme et sont trop faibles : ils dorment beaucoup, crient peu, exercent quelques mouvements de succion, puis s'arrêtent. Si on n'a pas la patience de leur faire prendre du lait à la cuillère ou au biberon avec une tétine molle, on les voit rapidement dépérir ; d'autres sont mal conformés, comme dans le bec-de-lièvre et la division de la voûte palatine et du voile du palais.

Lorsqu'on pratique l'allaitement artificiel, dans une petite ville ou dans une campagne, où l'on peut avoir à sa disposition un bon lait, les résultats obtenus peuvent être excellents, si les mères ou les nourrices ont le soin de se conformer rigoureusement pour ce mode d'élevage aux sages préceptes de l'hygiène.

« Le choix à faire entre les diverses espèces de lait (vache, chèvre, ânesse), dit Fonssagrives, est surtout une question d'approvisionnement facile. Le meilleur lait est celui qu'on

peut se procurer le plus aisément à l'état de pureté et celui que les enfants boivent le mieux. Au point de vue spécial qui nous occupe, on ne doit pas oublier que le lait de vache contient plus de caséine que le lait de femme et moins de sucre.

	Femme.	Anesse.	Chèvre.	Vache.
Eau................	877	907	876	865
Résidus secs.........	123	93	124	135
Caséine et albumine..	25	17	37	36
Beurre.............	30	15.5	42	40.5
Lactine.............	47	58	40	35

(Armand Gautier. *Traité de chimie biologique*, t. II.)

Le lait d'ânesse se rapproche précisément le plus de celui de la femme, parce qu'il est plus pauvre que tous les autres laits des ruminants en matières plastiques, et que, de plus, dans l'estomac il ne forme jamais de ces masses agglomérées d'une digestion difficile, qui sont propres au lait de vache, et qui passent dans l'intestin qu'elles irritent et que l'on retrouve finalement dans les matières fécales. D'autre part, étant plus pauvre en beurre que tous les autres, le lait d'ânesse est supérieur de ce chef, surtout après la naissance, car à ce moment le pancréas fonctionne très imparfaitement et les matières fécales contiennent 50 p. 100 de graisse. Quand on administre à un enfant du lait de vache, il faut que la température de ce liquide se rapproche suffisamment de celle du lait maternel (30 — 35°). Enfin, on se souviendra que le lait maternel est alcalin et que, même conservé pendant un certain laps de temps assez long, il a peu de tendance à devenir acide. Le lait des vaches nourries au vert a bien aussi une réaction alcaline, mais si l'animal est enfermé dans une ville et nourri à l'étable, tous les principes solides du lait éprouvent une diminution notable, et en même temps le produit sécrété devient rapidement acide. Dans ce cas, quelques gouttes d'eau de chaux seront nécessaires pour combattre cette acidité et, par suite, prévenir l'irritation intestinale qu'elle ne tarderait pas à engendrer. Le lait de vache ou de chèvre se coagulant à

son arrivée dans l'estomac en caillots épais d'une digestion laborieuse, la régularité des tetées doit être scrupuleusement observée, sinon ces masses compactes, analogues à du fromage de Roquefort, traversent comme des corps étrangers l'intestin, qu'elles finiront par enflammer.

Le lait de vache étant plus riche en matières protéiques que le lait de la femme, on s'est demandé si l'on ne pourrait pas corriger ce lait par l'addition d'une quantité d'eau déterminée. Comme nous l'avons déjà fait pressentir, le coupage du lait, qui est si universellement répandu, est vivement combattu par des praticiens très expérimentés. Les expériences de MM. Peligot, Reiset, L'héritier et Heynsius étant venues démontrer que le lait du commencement de la traite était plus aqueux que celui de la fin de l'opération; d'autre part, celles qu'ont entreprises Bœdeker, Wicke, Wolff, Donnée, etc., ayant prouvé que le lait du matin contenait plus d'eau que celui de la traite du soir, on peut, en se basant sur ces données, se dispenser de tout coupage, en employant, par exemple, le lait du matin. Si, dans certains cas exceptionnels, la richesse du lait (Bretagne, Normandie, Nièvre) réclame un coupage, il faudra se servir d'eau pure, mais jamais d'eau de gruau, d'orge, etc. Toutes ces décoctions, comme nous l'avons dit, demandent à être fraîchement préparées, sans quoi elles aigrissent et provoquent de la diarrhée. C'est précisément ce danger qui existe dans la fermentation des décoctions féculentes, qui a fait rejeter à MM. les professeurs Parrot, Depaul et Guérin toute espèce de coupage.

Quant au choix du biberon, on peut dire, en thèse générale, qu'il faut se servir du biberon le plus simple et le plus facile à tenir propre, afin que chaque fois qu'on s'en est servi on puisse le nettoyer aisément et s'opposer ainsi à la fermentation lactique et à la formation de ces bactéries, de ces végétations cryptogamiques qu'a si bien étudiées M. Fauvel. On ne saurait trop appeler l'attention des mères et des nourrices sur ce point, car la santé, la vie même de leurs nourrissons en dépendent. Aussi serait-il essentiel d'obtenir d'elles qu'elles

eussent sans cesse à leur disposition deux biberons, dont l'un resterait plongé dans l'eau pendant que l'autre serait en service.

Le lait de vache n'est malheureusement pas toujours aussi bon qu'on pourrait le désirer. Ainsi, beaucoup de fermiers n'ayant pas une exploitation assez grande pour posséder des bœufs de labour, font travailler leurs vaches à l'époque de la moisson, des vendanges ou des semailles. D'un autre côté, comme ils ont besoin pour payer leurs loyers élevés de la plus stricte économie, ils donnent à leur bétail la nourriture la moins coûteuse et recherchent la quantité plutôt que la qualité, comme à Paris, où la plupart des nourrisseurs nourrissent leurs vaches avec de la drèche. Enfin, les veaux sont un de leurs principaux produits, et les vaches doivent en donner le plus possible. Ce sont là autant de conditions qui font varier la qualité du lait et nuisent beaucoup à cette uniformité de l'alimentation, qui est la condition indispensable de la bonne venue du nourrisson. Aussi s'exposerait-t-on à des mécomptes si l'on prenait le lait exclusif de l'une de ces vaches : des diarrhées, des coliques ne tarderaient pas à apparaître. On préviendra ces inconvénients en prenant le lait qui résulte de la traite de deux ou trois vaches; de cette façon, on aura plus de chances d'avoir un liquide de composition identique. Si l'une d'elles, pour une cause ou pour une autre, donne un lait moins satisfaisant, cet inconvénient sera atténué par le mélange qui sera fait avec le lait des vaches bien portantes. Avant tout, il faut avoir, autant que possible, un lait d'une composition uniforme et surtout sans réaction acide, car, comme l'ont prouvé les expériences de MM. Bouchard et Sandras, le lait qui possède une réaction acide prononcée détermine des diarrhées alimentaires qui deviennent promptement fatales en conduisant à l'athrepsie. C'est de la sorte que ces deux savants expérimentateurs ont expliqué les cas si nombreux de décès pendant les mois les plus chauds, parmi les enfants élevés au biberon. Le lait d'ânesse est exempt de tous ces dangers, et non seulement il est moins riche en substances protéiques

que le lait de vache, mais encore il est alcalin comme celui de la femme; c'est même ce qui fait sa supériorité.

Quelquefois le lait, au lieu d'être l'aliment exclusif du nouveau-né, est totalement délaissé pour être remplacé par des bouillies, ou même par de l'eau de gomme, de l'eau de gruau ou de l'orge mondé. Après un semblable régime, les mères s'étonnent de voir survenir chez leurs enfants des vomissements ou de la diarrhée. Bien plus, lorsqu'on leur conseille de ne donner que du lait, elles répondent invariablement : « Mon enfant ne peut pas le supporter, il est trop lourd. »

On ne saurait trop le répéter, que le lait de la mère, qui sera toujours préférable, soit remplacé par du bon lait de vache naturel, non frelaté; que les nourrices perdent cette néfaste habitude, qui pour elles toutes est la règle et qui consiste à nourrir les nouveau-nés tantôt avec de l'eau de gomme, de l'orge, du gruau ou des panades, tantôt, au contraire, avec des soupes épaisses et indigestes; qu'une hygiène bien entendue, la propreté, l'aération viennent en aide, et on verra diminuer, dans une forte proportion, les cas de diarrhée si nombreux aujourd'hui dans le cours de l'allaitement artificiel. Malheureusement, le jour où l'art de nourrir les enfants s'affranchira de l'ignorance, de la routine et de l'incurie qui le réduisent à un empirisme meurtrier, est peut-être encore bien loin de nous.

L'entérite et la cæco-colite chronique, qui sont les aboutissants habituels d'une diarrhée entretenue par un mauvais régime, se rencontrent avec une plus grande fréquence à l'époque du sevrage. Le sevrage est généralement une époque critique pour les enfants, parce qu'il est, le plus souvent, mal préparé, mal conduit. C'est, en résumé, la privation du sein, mais ce n'est pas, ou du moins ce ne devrait pas être la privation de lait, qui est pour l'enfant l'aliment par excellence et qui doit lui être continué pendant les premières années à titre d'aliment accessoire, mais nécessaire.

Hufeland n'a fait que réagir trop vivement contre la pratique meurtrière de la suppression à peu près complète du lait dans

la régime des enfants sevrés, en soutenant que jusqu'à 10 ans le lait doit être un aliment journalier pour eux.

Ch. West, analysant les conditions d'âge dans lesquelles se sont produits 2,120 cas de flux de ventre chez des enfants, a constaté qu'entre 1 an et 18 mois ces maladies constituent 26,8 pour 100 de toutes les maladies infantiles. Un relevé de Gibert, de Marseille, indique que dans cette ville, pendant une période de trois ans, 667 nouveau-nés ont succombé à des maladies du tube digestif, soit 222 par an. Houzé de l'Aulnoit a trouvé que sur 401 nouveau-nés morts à Lille, 329 ont été enlevés par des affections intestinales.

Sans doute les diarrhées de la dentition viennent s'y mêler, mais il n'en est pas moins vrai que l'on doit considérer le sevrage comme un facteur étiologique très important des diarrhées infantiles. En outre, on ne saurait douter que le sevrage dispose à l'éclampsie infantile, quand on songe que les accès convulsifs se rattachent très souvent à des indigestions.

Celse a dit : « *Ergo si quis quid mutare velit, paulatim debebit assuescere.* » Le sevrage doit être préparé de longue main. En augmentant progressivement les aliments additionnels, et en diminuant le nombre des tetées, on ménage la transition d'un régime à l'autre, et on échappe aux diarrhées que produit fatalement un changement brusque de régime.

On ne peut pas fixer l'époque du sevrage d'une manière rigoureuse, car on doit tenir compte, pour cette période de transition du premier âge, de quelques circonstances dépendant les unes de la mère ou de la nourrice, les autres de l'enfant, de la saison ou du milieu. Il est bien évident qu'entre le sevrage brusque de Donné et le sevrage lent, progressif de Gardien, nous choisirons ce dernier, car, comme l'a dit Hippocrate, « on supporte bien les aliments et les boissons auxquels on est accoutumé, même quand la qualité n'en est pas bonne naturellement, et l'on supporte mal les aliments et les boissons auxquels on n'est pas habitué, même quand la qualité n'en est pas mauvaise. »

Deux préparations doivent présider au sevrage : l'une, éloi-

gnée, qui consiste dans l'emploi d'aliments additionnels à 6 mois (potages au tapioca, à l'arrow-root, panades, œufs, etc.); l'autre, prochaine, consistant à diminuer le nombre des tetées et à augmenter peu à peu les aliments qui doivent remplacer en partie le lait, et cela afin d'habituer le tube intestinal au changement de nourriture, et afin surtout de tâter son degré de susceptibilité.

En procédant au sevrage graduellement, on a un immense avantage, c'est de pouvoir revenir sur ses pas s'il survient un désordre gastro-intestinal de nature à compromettre la nutrition du jeune enfant, comme cela se rencontre fréquemment à l'époque du sevrage, chez les enfants allaités au sein et qui sont en pleine évolution dentaire. Au point de vue de la dentition, on peut dire, d'une manière générale, que le sevrage d'un enfant ne doit jamais avoir lieu avant la fin de la première année, ou au moins avant la sortie des premières dents. Trousseau conseillait de choisir l'intervalle de calme qui sépare la poussée de la quatrième canine de la poussée de la première grosse molaire, en un mot, le repos qui existe entre le 4e et le 5e groupe, c'est-à-dire quand l'enfant a passé l'époque où les accidents graves de la dentition peuvent survenir, vers 18 ou 20 mois. Quelles que soient les raisons qui nous décident à séparer l'enfant de la mère, jamais il ne faudra donner d'aliments solides avant la sortie du premier groupe dentaire. Jusqu'à ce moment, on devra changer de nourrice ou recourir à l'allaitement artificiel et ensuite à l'allaitement mixte, que l'on prolongera jusqu'après la sortie des canines. Si le nourrisson a, depuis sa naissance, été soumis à l'allaitement artificiel, le sevrage se fait sans trop de préoccupations, car, dans l'immense majorité des cas, il est habitué de longue date à prendre d'autres aliments que le lait. Dans tous les cas, lorsqu'on se propose de sevrer un jeune nourrisson, il faut l'entourer de précautions et surveiller chaque jour minutieusement les selles, afin de se tenir prêt à revenir au régime lacté si la diarrhée faisait son apparition.

Nous devons lutter énergiquement contre la tendance des

parents qui veulent absolument donner trop tôt des aliments plus ou moins grossiers à leurs enfants. Ainsi, à 6 mois seulement on devra accoutumer peu à peu l'enfant à digérer une bouillie très légère (farine de froment, lait, eau et sucre) ou des petits potages de tapioca au lait, ou des panades faites avec des biscottes de Bruxelles. Le septième mois, c'est-à-dire après un mois de ces essais répétés tous les jours, ou un peu plus tard, suivant les circonstances, on donnera à l'enfant deux bouillies par jour, en dehors du lait de vache ou du lait de femme. A un an, on pourra ajouter un œuf aux deux potages, et ce n'est que vers 16 ou 18 mois, alors que l'enfant a 10 ou 12 dents, qu'il peut être sevré.

Si on enfreint ces règles élémentaires que dicte le bon sens, on déterminera infailliblement des troubles digestifs. Il en sera de même si l'on veut suivre la mode, en donnant aux enfants de la farine Liebig, du lait concentré, des bouillons gras, de l'eau panée, des jus de viande. Aucune de ces préparations ne vaut le lait de vache ou le lait de femme. C'est en faisant asseoir les enfants à la table commune, c'est en leur donnant de trop bonne heure des aliments grossiers qu'on les rend dyspeptiques et diarrhéiques ensuite. Qu'arrive-t-il en effet? En présence des mets variés le jeune enfant se hâte de manifester sa joie et d'exprimer des désirs que l'hygiène condamne, mais auxquels la faiblesse de la mère ne saurait résister. Il a besoin, au contraire, d'un repas de courte durée, composé de mets d'une préparation simple, de soupes maigres au pain ou d'aliments féculents au lait; la viande, dont on fait un si grand abus de nos jours, ne devrait être donnée, dans le premier âge, qu'une fois dans la journée et encore finement hachée. Quant aux pâtisseries, elles devraient être proscrites, car ces aliments, d'une complexité équivoque, d'un bariolage de couleurs suspect, sont d'une digestibilité difficile. A partir du sevrage, la formule : « plus de sel que de sucre, » doit être rigoureusement maintenue. En ayant le soin d'examiner avec attention et tous les jours les garde-robes du nourrisson, si on vient à constater qu'elles cessent de pré-

senter une homogénéité parfaite de consistance et de couleur, il faudra de suite revenir au régime lacté, si on s'en était écarté, et si l'état d'irritation intestinale menaçait de persister, on se trouverait bien de l'emploi du lait de chèvre, de lavements émollients et des astringents.

Un fait bien établi, c'est la rareté des diarrhées spontanées. On est donc forcément amené à conclure que l'hygiène a puissance et mission pour en réduire le nombre.

L'entérite, une fois établie, s'accuse, en dehors des autres symptômes, par des selles plus liquides, d'un jaune équivoque passant au vert, et mélangées de petits amas de caséum.

Elle sera combattue avec succès en surveillant avec soin le mode d'alimentation du jeune enfant et en lui prescrivant le lait, auquel on pourra ajouter, comme complément, un peu de bouillon de poulet dégraissé, et en exigeant une excessive régularité dans les tetées ou les repas. Si le nourrisson est au biberon, quelques gouttes d'eau de chaux, ou si l'enfant est au sein, une cuillerée d'eau de Vichy après chaque tetée suffisent presque toujours pour avoir raison d'une entérite au début.

Si l'entérite, au contraire, suit une marche progressive, on devra, en dehors d'un régime lacté sévère et régulier, faire intervenir le sous-nitrate de bismuth, comme l'indiquent les formules suivantes :

1° Eau de gomme........	100	grammes.
Eau de chaux..........	10	—
Sirop de coings........	20	—
Sous-nitrate de bismuth.	4	—
2° Bicarbonate de soude...	1	gramme.
Sous-nitrate de bismuth.	2	—
Julep gommeux........	120	—

et envelopper les membres inférieurs ainsi que l'abdomen du jeune enfant avec de l'ouate recouverte de taffetas gommé.

Si l'état inflammatoire de l'intestin persiste encore, on n'hésitera pas à ajouter à la potion une goutte de laudanum de

Sydenham, et à lui faire prendre des lavements à l'amidon ou un lavement au borax, ou recourir aux petits vésicatoires qu'on appliquerait sur l'épigastre.

La dysenterie, ou cæco-colite, qui est caractérisée par des selles glaireuses, fréquentes, peu copieuses, quelquefois sanguinolentes, accompagnées de ténesme, se trouve bien d'un régime exclusivement lacté et d'une douce température. La chambre de l'enfant devra être parfaitement aérée et nettoyée, et le changement de milieu sera indiqué si le malade se trouve dans un foyer infectieux, dans un milieu encombré et méphitique. La viande crue, préconisée par Weisse et tant recommandée par Trousseau, est ici nécessaire, mais l'indication capitale à remplir au cours d'une dysenterie est avant tout d'empêcher, par tous les moyens, la réfrigération du corps.

Quant au choléra infantile, caractérisé par l'algidité, les vomissements, le collapsus pulmonaire, des selles blanches sans odeur, un amaigrissement d'une rapidité inouïe, c'est une maladie qui offre la physionomie d'un empoisonnement véritable. Le flux cholériforme réclame des soins immédiats et un traitement rapide. Trousseau recommande les boissons féculentes et l'eau albumineuse; comme alimentation, il donne la préférence à la viande crue, que l'on peut dissimuler sous différentes formes : en faire des boulettes mélangées avec du sucre, des confitures ou de la conserve de roses. Les enfants finissent par absorber cette viande crue avec voracité, d'abord à la dose de 25 grammes dans les vingt-quatre heures, puis à la dose de 250 grammes par jour.

Trousseau proscrit l'usage de l'opium, dont l'emploi, en pareille circonstance, paraît dangereux. Si l'enfant est sevré, il veut qu'il soit remis au sein. On devra s'opposer énergiquement au refroidissement du corps des petits malades : un bain sinapisé, composé de 25 litres d'eau et de 50 grammes de farine de moutarde délayée dans l'eau froide et enfermée dans un nouet de linge, pourra être utilisé avec avantage.

L'usage de la viande crue peut amener la présence du ver solitaire (tænia solium) dans l'intestin. Mais ce n'est pas là un

motif suffisant pour faire rejeter son emploi lorsqu'on se trouve en présence de diarrhées graves et de longue durée.

CHAPITRE III.

CONCLUSIONS.

Si l'on envisage les trois périodes principales de l'enfance, de 0 à 1 an, de 1 an à 5, et de 5 à 15, on trouve que la population européenne perd en moyenne sur 1,000 enfants : 220 du premier groupe, 40 du deuxième et 10 du troisième. En France, le groupe de 0 à 1 an perd 156 enfants sur 1,000, celui de 1 an à 5 en perd 34,6, celui de 5 à 15, 7,23 seulement. La mortalité de la première période infantile est donc 4 fois plus considérable que celle de la deuxième, et 21 fois plus considérable que celle de la troisième ; c'est dire, en un mot, combien est fragile la vie à ses débuts.

Il résulte d'une statistique de Kuborn, que sur 717 décès d'enfants de 0 à 5 ans, les affections des voies respiratoires ont figuré pour 150, les affections gastro-intestinales pour 187, les affections tuberculeuses pour 91, etc. ; en ce qui concerne les maladies gastro-intestinales, qui nous intéressent en ce moment, nous ferons remarquer que, pendant la période de 0 à 1 an, les décès dus à ces affections ont été de 159, tandis que de 1 à 5 ans ils n'ont pas dépassé le chiffre de 28. La notion de l'importance du régime ressort suffisamment de ce contraste.

En énumérant les causes qui président au développement des affections du tube intestinal, nous avons constaté que la plus large part revenait au régime vicieux auquel était soumis le nourrisson, soit pendant l'allaitement, soit pendant le sevrage. En effet, si la grande majorité des mères et des nourrices trouve dans l'accomplissement des devoirs de la maternité la plus douce et la meilleure des récompenses, il en est malheureusement un trop grand nombre qui, entraînées par les difficultés de la vie, par l'attrait des plaisirs et surtout par

l'ignorance, négligent ou même ne savent pas accomplir ces devoirs. Autrefois, l'allaitement maternel était considéré comme un honneur et un devoir, la mère était fière et heureuse de nourrir ses enfants. Aujourd'hui, cet allaitement naturel est devenu l'exception ; dans quelques départements, et non des moins riches, le biberon est exclusivement mis à contribution pour l'élevage des enfants. Ce mode d'allaitement, qui pourrait rendre cependant de bons services, devient un véritable fléau, par suite de son emploi défectueux et par suite de la tendance qu'ont les mères-nourrices, soit par indifférence, soit par misère, soit par défaut de direction médicale, à recourir à une alimentation grossière, prématurée, et à supprimer le lait sans préparation ni précaution. Aussi, ne faut-il pas être surpris d'apprendre que la population de 20 départements, et des plus prospères au point de vue agricole, a subi une notable diminution. Ce sont précisément ceux où l'allaitement artificiel est le plus à la mode. Par contre, dans les contrées ou l'allaitement maternel est très répandu (Creuse), il est à remarquer que les mères où les nourrices sont bien moins disposées à soumettre leurs enfants de bonne heure à une nourriture grossière et disproportionnée avec les forces digestives du nouveau-né. En outre, quant arrive le moment du sevrage, les nouveaux aliments que l'on introduit dans son canal alimentaire, se trouvant en présence d'une muqueuse normale, subissent une élaboration complète. De l'avis de tous les hygiénistes, le lait des premiers mois, en raison même de sa composition, s'adapte parfaitement aux forces digestives du nouveau-né. Il faut à tout prix, si l'on veut soustraire les jeunes enfants à l'inflammation du tube digestif, que le lait maternel ou naturel soit son aliment exclusif pendant les premiers mois ou au moins pendant les premières semaines de la vie. C'est pour cela que l'on devrait encourager, dans les centres manufacturiers en particulier, l'allaitement maternel pendant les premiers mois au moins, par la création de caisses de secours pour les femmes nouvellement accouchées, et par la création, dans les grandes agglomérations, de crèches ou,

mieux encore, de crèches d'ateliers et de crèches de sevrage.

L'époque du sevrage ne devient un moment critique que parce qu'on a la détestable habitude de procéder à cette opération délicate sans ménagements, ni circonspection. Du reste, les précautions indispensables au succès du sevrage sont, il faut bien le dire, impraticables ordinairement dans les maisons ouvrières.

Dans les crèches de sevrage dont nous venons de parler, l'enfant, avant d'être privé du sein, serait habitué progressivement, pendant quatre à cinq semaines environ, à son nouveau régime, ce qui contribuerait assurément à diminuer la mortalité infantile de la classe pauvre. Du reste, la généreuse et philanthropique institution des crèches d'atelier a déjà reçu la sanction de la pratique à Mulhouse, où elle fonctionne depuis plusieurs années, grâce à l'initiative de M. Dolfus, qui a pu ainsi obtenir une diminution de la mortalité de 13 p. 100. Au lieu de cela, que se passe-t-il actuellement dans les centres populeux? Dans les familles ouvrières, par exemple, l'homme et la femme sont obligés de subvenir, par un travail quotidien, aux dépenses et à l'entretien du ménage, et aussitôt que l'un des deux tombe malade, quelques jours après arrive bientôt la misère. Les femmes qui travaillent dans des fabriques de drap, comme à Elbeuf et les environs, passent la journée, depuis 6 heures du matin jusqu'à 7 heures du soir en été, et depuis 7 heures jusqu'à 6 heures en hiver, dans une atmosphère viciée; plusieurs d'entre elles, pressées par la nécessité ou par le besoin, font des heures supplémentaires le soir jusqu'à 10 heures ou le dimanche jusqu'à 3 heures. Une fois rentrées à la maison, elles s'occupent précipitamment de leur ménage, pour prendre ensuite un repos bien mérité. Si par surcroît survient une grossesse, l'être que ces malheureuses portent dans leur sein se ressentira fatalement de ces conditions fâcheuses. Enfin, six ou huit jours après l'accouchement, n'entendant que la voix impérieuse du besoin, les ouvrières mères retournent à la fabrique à peine rétablies, ce qui les met dans l'impossibilité absolue d'allaiter leur enfant,

si ce n'est à l'heure du repas de midi ou la nuit. On comprend aisément que le petit nourrisson, qui est porté par n'importe quel temps à la crèche, souvent très distante de l'atelier, et ramené ensuite le soir au logis, ou que celui qui est envoyé en nourrice chez une étrangère, puisse arriver difficilement jusqu'au sevrage, qu'il a ensuite bien plus de peine à franchir.

Si, au contraire, ce même nourrisson ainsi délaissé avait pu être nourri pendant un mois au sein de sa mère, puis, insensiblement, habitué au lait de vache, pris à des intervalles parfaitement réglés et dans un biberon parfaitement nettoyé, il aurait pu, disons-nous, supporter tout naturellement ce passage critique, et sa constitution, ordinairement débile, se serait fortifiée de jour en jour.

Qu'y a-t-il donc à faire pour remédier aux coutumes irrationnelles qui président, presque partout en France, à l'allaitement ou au sevrage? Comment parvenir à déraciner les vieux préjugés, à combattre, avec quelques chances de succès, la routine qui règne sur l'esprit des nourrices et des mères de nos campagnes et de nos villes? A notre avis, il faut attaquer le mal dans sa racine, en faisant comprendre à la mère de famille que c'est un devoir sacré pour elle d'allaiter elle-même son enfant; que l'allaitement maternel est une des conséquences les plus essentielles de la parturition, et que cet allaitement, bien dirigé, n'est l'occasion ni de grandes fatigues, ni de souffrances sérieuses. C'est en propageant activement dans tous les rangs de la société les notions d'hygiène relatives à l'élevage des jeunes enfants que l'on fera disparaître les préjugés qui, sous prétexte d'expérience, se transmettent religieusement des mères aux filles, et qui constituent un des plus redoutables fléaux du premier âge. C'est en s'efforçant de stimuler parmi les ouvrières pauvres, par des récompenses en nature et en argent, l'amour maternel, que flétrit et qu'éteint la misère, que l'on arrivera à diminuer le nombre des cas de diarrhée, de dysenterie ou de choléra infantile dans la première enfance. Depuis quelques années, fort heureusement,

des sociétés protectrices de l'enfance, qui ont été instituées à Paris, Lyon, Marseille, Rouen, Reims, Tours, Pontoise, ont fait les plus louables efforts et les plus grands sacrifices pour mettre un obstacle à la dépravation morale et pour encourager l'allaitement maternel, mais il est à souhaiter ardemment que ces sociétés charitables, qu'on ne saurait trop admirer, se multiplient dans toutes les villes manufacturières. La loi tutélaire de 1874 ne doit pas entraver le développement de ces généreuses sociétés protectrices de l'enfance, dont le rôle est bien différent.

La loi Roussel a une action surtout matérielle, elle se borne à la surveillance des enfants placés en nourrice, en sevrage ou en garde, hors du domicile des parents. Quoi qu'il en soit, le commencement d'exécution qu'a reçu cette loi dans quelques départements, et en particulier dans la Seine-Inférieure, montre que l'inspection légale des nourrices a eu généralement un effet salutaire. Il est incontestable que la surveillance des Commissions, mais surtout celle des médecins-inspecteurs, portera, dans l'avenir, les meilleurs fruits; mais pour que cette inspection soit réellement efficace, il faut confier au médecin le soin de décider, sous sa propre responsabilité, les mesures qu'il jugera urgentes; alors seulement on arrivera à rendre féconde une loi dont on doit espérer d'excellents résultats.

Pour bien traiter les enfants, il faut beaucoup d'attention, de patience et de soins minutieux; le praticien qui se fait présenter chaque jour les couches d'un jeune enfant atteint de diarrhée y puise des indications et un traitement qui influeront sur la marche ultérieure de l'affection et, plus tard, sur la santé de l'enfant. En médecine infantile, on réussit souvent mieux par la bonne application d'une sage hygiène, par les petits soins, qu'à l'aide d'une médecine turbulente.

Mais si, d'une manière générale, on doit être sobre de médicaments dans la thérapeutique infantile, il n'en est p s moins vrai que, dans certains cas bien déterminés, il fa t avoir recours à la pharmacie. Bien que les dangers dépenda t

d'une diarrhée simple, spécialement quand elle survient chez des enfants bien portants, ne soient pas considérables, il n'est pourtant jamais sage de traiter légèrement cette affection.

En résumé, quand on se trouve en présence d'un enfant atteint de diarrhée, de dysenterie ou de choléra, il faut :

1° Interroger les parents au sujet du régime suivi par le jeune enfant, et ne pas hésiter à prescrire exclusivement du bon lait, coupé ou non, suivant l'âge, ou à remettre l'enfant au sein si l'accident s'est produit au moment du sevrage;

2° Si la diarrhée persiste avec une certaine ténacité depuis plusieurs jours, il faut, indépendamment du régime lacté, avoir recours à certains médicaments; dans ce cas, le sous-nitrate de bismuth associé à l'eau de chaux, et, s'il y a lieu, au laudanum de Sydenham, sera d'une grande utilité, et pourra même suffire pour enrayer une entérite, avec l'aide de quelques lavements à l'amidon ou au bismuth, ou bien encore au borax;

3° La dysenterie, une fois confirmée, demande également une excessive sévérité dans le régime, qui devra être aussi exclusivement lacté. Dans quelques cas, la viande crue sera utilement employée. Le ventre et les extrémités inférieures du petit malade devront être recouverts d'ouate, et ce dernier placé dans une chambre d'une température douce et uniforme, environ 15 à 16°. Le petit malade étant placé dans d'excellentes conditions hygiéniques, si l'état de l'intestin ne s'améliore pas, on s'adressera, au début, aux laxatifs, puis aux astringents, aux lavements à l'amidon, et enfin aux lavement au nitrate d'argent;

4° S'il s'agit de l'entérite cholériforme, les révulsifs cutanés seront d'un grand secours; à l'intérieur, la viande crue et les toniques seront employés (vin de Malaga, de Porto, etc.).

Qu'on ait affaire à une simple diarrhée, à une dysenterie ou à une entérite cholériforme, le terme obligé de ces troubles digestifs variés, quand ils dépassent la limite d'un accident passager et revêtent des allures chroniques, est un état de détérioration organique profonde, une véritable cachexie.

Levret appelait les petits enfants malingres, souffreteux, en proie à des troubles digestifs permanents, *athrepsiés*, en un mot, des *échappés de la famine*. Hélas! ceux qui en échappent sont l'infime minorité.

Pour prévenir cet état d'inanition, cet état de marasme, c'est à l'hygiène que nous devons nous adresser bien plus qu'aux médicaments. C'est, en un mot, du côté de la nourriture du premier âge que nous devons diriger notre étude :

1° Cette nourriture devra être exclusivement lactée jusqu'à 6 mois;

2° A 6 mois, des aliments additionnels, tels que : tapioca, arrow-root au lait, pourront être ajoutés au régime primitif une fois par jour, puis deux fois le septième mois;

3° Le sevrage ne devra jamais être pratiqué pendant l'évolution d'un groupe dentaire, ni pendant les fortes chaleurs de l'été;

4° Le sevrage devra être préparé à l'avance et amené graduellement;

5° Le lait, qui est l'aliment exclusif pendant les six premiers mois, doit devenir l'aliment principal jusqu'au sevrage et l'aliment accessoire, mais nécessaire, depuis le moment du sevrage jusqu'à l'omnivorité complète;

6° Une fois le sevrage accompli et bien toléré par l'enfant, les aliments qui lui conviendront le mieux seront : les œufs, le pain, les soupes maigres, le bouillon dégraissé, les poissons plats, la viande finement hachée, mais seulement une fois par jour, et comme boisson, du lait et de l'eau rougie. On devra se défier du vin, du thé ou du café, — *vinum et adolescentia duplex incendium voluptatis*, — ainsi que d'une nourriture très épicée (ragoût, charcuterie), car le système nerveux des enfants a plus besoin de sédatifs que de stimulants.

Entre le régime du sein, qui, dans les premiers temps de la vie, exige 8 à 10 repas tous les jours et le régime du sevrage, il y a une échelle de réduction qu'il faut savoir descendre avec méthode. Après le sevrage, 4 repas par jour seront nécessaires (2 repas principaux et 2 collations).

Tels sont les principes fondamentaux d'un régime infantile bien compris. C'est en les appliquant chaque jour sévèrement que les mères, vraiment dignes de ce nom, pourront préserver leurs enfants des affections intestinales, dont le nombre est si élevé dans les différentes régions de la France.

Au corps médical revient l'honneur d'avoir signalé le premier l'effrayante mortalité des enfants; il est de son devoir aussi d'en rechercher les causes et de les dénoncer hautement.

Imitons en cela la persévérance et le courage de nos confrères Monod, dans le Morvan, et Brochard, dans le Perche; faisons tous nos efforts pour propager et vulgariser les règles du régime alimentaire des nourrissons, et nous aurons alors la satisfaction d'avoir travaillé pour la patrie, qui nous conjure de lui conserver ses enfants.

CHORÉE RHUMATISMALE. COMPLICATIONS. MORT.

Observation recueillie par M. **A. Morel-Lavallée**, interne des hôpitaux.

L'observation qui va suivre nous a paru intéressante à plus d'un point de vue. Dabord il est impossible de trouver un cas plus net de chorée rhumatismale, et c'est pour cette raison que notre maître, M. Labric, nous a engagé à la publier; nous y voyons en effet évoluer, en six semaines, une chorée, grave par sa seule intensité, et dans les trois dernières semaines nous voyons se succéder, ou plutôt s'ajouter, avec une rapidité terrible, l'endocardite, la péricardite, la pleurésie. Les arthropathies qui manquent à ce processus morbide avaient existé lors d'une première atteinte. Voici d'ailleurs l'exposé des faits :

Le nommé Sel..., 11 ans, entre le 26 avril aux Enfants-Malades, salle Saint-Jean, service de M. le Dr Labric, pour une chorée dont il est, depuis trois semaines, pris pour la troisième fois.

Ses parents ne sont pas rhumatisants; mais sa première atteinte de chorée a été précédée de douleurs articulaires.

L'attaque actuelle est des plus intenses, bilatérale, généralisée; les muscles de la face, de la langue, sont intéressés. La tête est projetée avec violence, en avant et en arrière, sur les planches même qui empêchent l'enfant de tomber.

Le cœur présente au premier temps et à la pointe un souffle juxta mamelonnaire, sur la cinquième côte, et qui s'étend jusque dans le dos. Il n'y a pas d'hypertrophie; donc, endocardite actuelle.

L'enfant, même lorsqu'on l'interpelle, ne prononce pas une parole; à peine pousse-t-il de temps à autre un grognement guttural. S'agit-il là d'ataxie linguale, y a-t-il alalie de cause cérébrale (chorée cérébrale), ou simplement l'enfant a-t-il honte des sons qu'il émettrait (cause fréquente de mutisme dans la chorée, nous dit M. Labric)?

Traitement : hydrate de chloral, 2 grammes.

Le lendemain 27, un frottement péricardique juxta-sternal, au quatrième espace intercostal gauche, vient masquer le souffle, qu'on ne perçoit plus distinctement qu'en arrière, entre la ligne axillaire et le rachis.

Le 28. T. s'élève; l'urine est chargée, foncée, sédimenteuse, se clarifie par la chaleur; pas d'albumine.

Le 30. Épanchement dans la plèvre gauche. Potion avec :

Teinture de scille.... XII gouttes.
Teinture de digitale.. VI —

1er mai. L'enfant tremble moins, surtout au repos; cependant il ne peut encore donner une poignée de main de sa main droite. Depuis deux jours, il commence à dire quelques mots; mais la parole, toujours nette, reste hésitante et saccadée; il faut de grands efforts pour faire tirer la langue.

La sédation obtenue permet de voir que le tremblement prédomine fortement à droite, surtout au membre supérieur qui est parésié. Au reste, les symptômes tremblement et ataxie restent au second plan, à côté des lésions cardiaque et pleurale.

Le 5 mai, matin. Vésicatoire en arrière à gauche. On continue les potions :

1° à la teinture de scille...... XX gouttes.
— digitale.. X —
2° au chloral.............. 2 grammes.

Le 5 au soir, la figure de l'enfant est couverte, de chaque côté, d'une plaque rouge vineux foncé, avec des taches satellites jusque sous l'oreille. A la vue de cette plaque rouge, violacée, nous n'hésitons pas à diagnostiquer l'érythème chloralique : mais le lendemain matin nous voyons, sur tout le tronc, une foule de petites taches rondes, roses ; ce n'est plus l'érythème chloralique, c'est un type de roséole ; on dirait une syphilide érythémateuse secondaire qui débute.

La religieuse prononce le mot de rougeole..... Chose étonnante, la plaque de la figure a gardé son aspect rouge foncé uni, tandis que sur le corps, aux coudes, aux genoux, aux fesses, on ne trouve pas la nappe rose, rougeâtre, scarlatiniforme parfois, d'une éruption de chloral intense et généralisée.

Le 6 au soir, la scène change, par l'apparition aux genoux, aux coudes et aux avant-bras, des divers éléments d'un érythème polymorphe, nummulaire, circinné, ortié, papuleux (pas noueux).

Le 7, matin, la soi-disant roséole du tronc a disparu ; l'éruption chloralique pâlit sur la figure ; l'érythème rhumatismal existe encore aux mêmes places que la veille, mais déjà moins vif. Trois jours après, il n'en reste plus trace. Pendant cette poussée cutanée, la température, qui depuis le commencement oscille entre 39 et 40°, n'a pas été influencée.

A ce moment, l'état général est un peu meilleur, l'oppression due aux lésions cardio-pleurales, moindre, l'ahurissement moins prononcé. Le 10, la matité pleurale est diminuée ; le 15, le frottement péricardiaque a aussi moins d'intensité. Mais le 14 et le 15, T. monte, atteint le soir 40°6. Au-dessous de l'épine de l'omoplate droite, un point soufflé avec râles très fins. En même temps, les urines sont rouges, sanglantes, donnant par la chaleur et l'acide azotique un abondant coagulum. Au microscope, on y trouve, avec une foule de globules rouges, quelques leucocytes, mais pas de cylindres ni même de cellules épithéliales séparées (17 mai).

Le souffle du poumon droit persiste le lendemain soir avec des râles de tout volume, déjà mêlés aux râles crépitants. Ce n'est pas là l'évolution d'une pneumonie franche.

Pendant ces complications viscérales, l'état général a fort empiré ; la langue s'est desséchée, les lèvres sont fuligineuses, le facies abruti comme dans les états typhoïdes. La respiration est fréquente, les ailes du nez battent avec force. L'isthme du gosier se recouvre de

mucus desséché et concrété en plaques et que le microscope seul montre ne pas être de la diphthérie. Les mouvements de projection de la tête s'exagèrent, surtout quand on assied le malade pour l'ausculter; les dents grincent, la parole est rare et saccadée. On observe quelques commencements d'eschares sur les trochanters.

Au milieu de ce triste tableau, l'intelligence est conservée; il faut cependant dire que, dans les vingt-quatre heures qui ont précédé l'apparition du souffle pneumonique, l'agitation était telle que, vu l'élévation croissante de la température, on a craint le rhumatisme cérébral.

Ces symptômes ne firent que s'aggraver, l'asphyxie augmentant sans cesse jusqu'au 19, jour de la mort du malade à trois heures du soir; à ce moment, les lésions d'endopéricardite étaient dans le même état. la pleurésie gauche, en pleine résolution, le souffle pneumonique persistait au sommet droit. L'hématurie, finie le 17 au soir, ne s'était pas représentée, et l'urine n'était pas albumineuse.

Quant à la chorée en elle-même, les mouvements, surtout à l'état de repos, étaient depuis une dizaine de jours notablement diminués, la parole, plus fréquente, restant toujours scandée et brusque. Quand on asseyait le malade, sa tête tombait comme une masse, en avant ou en arrière, plutôt qu'elle n'était lancée.

Résumé de l'autopsie. — Broncho-pneumonie lobulaire disséminée, peu intense, sauf à droite, où existe, à la partie supérieure, un fort noyau d'hépatisation pseudo-lobaire.

Dans la plèvre gauche, pas de liquide; quelques adhérences lâches.

Symphyse cardiaque totale : en introduisant par une incision antérieure le doigt entre les deux feuillets artificiellement écartés du péricarde, on peut reproduire la cavité de la séreuse. L'adhérence est moins intime à la face postérieure des oreillettes, où les deux feuillets sont hérissés de stalactites plus molles, de fibrino-pus.

Les *artères* pulmonaire et aorte, remplies d'eau avant l'ouverture du cœur, ne présentent aucune insuffisance. Pourtant les trois valvules aortiques sont, à leur face ventriculaire, — au-dessous du bord libre intact, — le siège d'une ulcération allongée, inégale, déchiquetée, à bords bosselés et indurés, du fait de l'endocardite récente.

La *valvule mitrale* porte les mêmes lésions au bord inférieur de ses valves, qui est écourté, dur, inégal, frangé. Un ou deux cordages seulement sont indurés.

L'endocarde droit est sain.

Ventricule droit aplati; cavité réduite au minimum.

Ventricule gauche très dilaté.

Poids du cœur : 370 grammes.

Rate petite et dure.

Reins : substance corticale paraît anémiée. (Seront examinés au microscope.)

Cerveau et moelle. — Rien à l'œil nu.

Ainsi, comme nous l'avons annoncé, cette chorée, déjà si grave par elle-même dans les trois premières semaines, a présenté, dans les trois dernières, les déterminations les plus graves du rhumatisme sur les séreuses (endocardite, péricardite, pleurésie). Si les déterminations arthropathiques, présentes dans une attaque antérieure, ont manqué, nous rappelons qu'à un moment l'ascension thermique et l'extrême agitation du malade faisaient craindre que le cerveau ne fût à son tour atteint par le rhumatisme.

La peau, elle, n'a pas échappé à son action et il n'est pas possible de ne pas envisager l'érythème polymorphe, survenu ici à titre d'épiphénomène, comme du rhumatisme cutané.

A la période terminale, les reins sont le siège d'un raptus pathologique assez intense pour produire une hémorrhagie abondante, assez brusque pour que, ni avant, ni après cette hématurie, la présence de l'albumine dans l'urine ne vienne déceler la lésion du filtre rénal (1).

En dernier lieu, la manifestation pulmonaire est venue porter au malade le coup qui l'a achevé, si bien qu'aucun des grands appareils de l'organisme n'est resté indemne des complications qui sont le fait de la diathèse rhumatismale aiguë.

(1) Nous devons dire que l'examen microscopique auquel nous nous livrons en ce moment ne confirme pas l'idée d'une fluxion passagère du rein, mais, qu'au contraire, cet organe nous paraît avoir été assez fortement intéressé, tandis qu'on ne trouve nulle part de sang épanché dans le parenchyme, ni même un reste de la congestion hémorrhagipare.

La fièvre, pendant tout ce temps, a oscillé irrégulièrement entre 39 et 40°.

L'autopsie nous a révélé l'existence d'une lésion des valvules aortiques qu'aucun signe, aucun souffle ne faisaient prévoir pendant la vie. Mais ce fait n'est pas extraordinaire si l'on songe que l'altération de l'endocarde n'avait pas gagné le bord libre des sigmoïdes, et que l'occlusion de la lumière du vaisseau n'était pas empêchée de ce fait, ainsi que nous l'avons signalé plus haut.

Au point de vue dermatologique, l'influence exercée par l'érythème chloralique sur la dermatose rhumatismale, qui naît, s'accentue et s'éteint en même temps que lui, nous paraît tout à fait remarquable. Il en est de même de cette éruption morbilliforme du tronc que nous ne savons au juste si nous la devons rattacher au chloral ou à l'érythème polymorphe. Nous pencherions toutefois plutôt pour cette dernière hypothèse, car les nombreuses fois que nous avons eu l'occasion d'observer les éruptions produites par le chloral — médicament employé d'habitude par M. Labric dans la chorée — elles se montraient sous l'aspect de plaques diffuses, sans contour net, non figurées, en nappes, scarlatiniformes au point de vue de la disposition, mais d'une coloration toute spéciale, variant du violet vineux au rose foncé ; cela bien entendu au cas où elles ne restent pas limitées à la figure, ce qui est la règle.

MORT A LA SUITE D'UNE INJECTION DE LIQUEUR DE PIAZZA.

CAUTÉRISATION TUBULAIRE DES TUMEURS ÉRECTILES PAR LA PATE DE VIENNE.

Par le Dr L.-A. de Saint-Germain.

Les tumeurs érectiles sont une des affections le plus souvent présentées à l'examen du chirurgien, à la consultation

d'un hôpital d'enfants. J'en ai vu, pour ma part, un nombre incalculable, et, parmi les divers moyens de traitement qui ont été proposés, j'ai fait, depuis longtemps, choix des injections coagulantes, non pas au perchlorure de fer pur, qui est trop escharotique, mais à la liqueur de Piazza (mélange de perchlorure de fer, de chlorure de sodium et d'eau). J'ai fait plus de deux mille injections de tumeurs érectiles à l'aide de cette liqueur, sans jamais rencontrer aucun accident; pourtant mon esprit n'était pas fermé à l'admission de la possibilité d'un danger résultant de la formation de caillots migrateurs qui pourraient déterminer la mort par syncope ou asphyxie. J'ai mentionné cette réserve dans une leçon sur *les Tumeurs érectiles* qui a été publiée avec mes leçons de *Chirurgie orthopédique* (1), et j'ai rappelé des recherches bibliographiques entreprises par moi sur cet objet. J'ai trouvé trois cas de mort qui ont été attribués à l'effet d'injections coagulantes; mais, pour moi, je le répète, j'ai pratiqué jusqu'ici ces injections plus de deux mille fois avec la liqueur de Piazza, sans voir l'ombre d'un accident. Une présomption d'innocuité, appuyée sur tant de faits heureux, pouvait dans la pratique être considérée comme une certitude. Cette certitude doit-elle être ébranlée par un seul fait malheureux arrivé récemment dans ma pratique, d'autant moins probant que l'existence d'une embolie ayant causé la mort n'a pas été confirmée par l'autopsie? Y a-t-il lieu à remplacer définitivement les injections coagulantes par une autre méthode dont l'invention ne m'est pas propre, et dont l'emploi m'a été suggéré par la crainte des accidents peut-être imputables à la première? C'est une question qui ne peut être résolue que par une longue pratique. En attendant, voici le fait qui m'a poussé à abandonner les injections pour un autre moyen, et les résultats de cette méthode récemment expérimentée par moi.

---

(1) Paris, J.-B. Baillière, 1883, p. 105.

Tumeur érectile du cou chez un nouveau-né; traitement par injection de liqueur de Piazza; mort 10 minutes après l'injection; autopsie, résultats négatifs (observation recueillie par M. Pennel, interne du service).

Dans le courant du mois de mai 1884, on amène à M. de Saint-Germain, à l'hôpital des Enfants-Malades, un nouveau-né du sexe féminin, âgé de deux jours, et atteint d'une tumeur érectile de la région sterno-mastoïdienne gauche.

Cette tumeur est sous-cutanée, mais fait sur la peau une saillie bleu violacé d'un millimètre environ de hauteur, et occupe une étendue de huit centimètres carrés, elle est développée surtout dans le sens transversal.

La tumeur présente tous les caractères de l'angiome (réductibilité, coloration différente suivant le calme ou l'agitation de l'enfant, etc.); d'autre part l'enfant est robuste et bien constituée.

M. de Saint-Germain fait, séance tenante, dans le centre de la tumeur, une injection de douze gouttes de liqueur de Piazza, avec la seringue de Pravaz, suivant le procédé qu'il emploie habituellement, et qu'il a déjà employé plus de *deux mille* fois.

Quand il s'est bien assuré que le coagulum commence à se former à l'endroit de la piqûre, M. de Saint-Germain retire l'aiguille de Pravaz. Pas d'écoulement de sang par la piqûre.

L'enfant est rendue aux parents, et attend dans une salle voisine.

Cinq minutes plus tard, la personne qui tient l'enfant dans les bras, remarque que la respiration paraît gênée, et que le visage devient violacé.

Aussitôt l'enfant est entièrement déshabillée; la cyanose est très prononcée sur tout le corps, mais surtout au visage et aux mains; la respiration est irrégulière, saccadée; les mouvements inspirateurs se succèdent à longs intervalles. *Le cœur est régulier.*

L'enfant est plongée dans un bain sinapisé, puis renversée la tête en bas; on pratique la respiration artificielle. Rien n'y fait; la cyanose s'accuse de plus en plus, le cœur cesse de battre, puis la respiration elle-même s'arrête. Le tout a duré quelques minutes.

L'autopsie, faite vingt-quatre heures après la mort d'une manière très minutieuse, n'a pas donné les résultats auxquels il était naturel de s'attendre.

En effet, cette mort rapide, presque instantanée, pouvait s'expliquer de deux façons :

Ou bien, il existait une large communication entre les veines de la tumeur érectile et l'une des grosses veines du cou. Une partie du caillot provoqué par la liqueur de Piazza s'était détachée et, parvenue dans le cœur droit par la veine cave supérieure, elle était ensuite allée se loger dans l'artère pulmonaire, donnant ainsi lieu aux accidents mortels de l'embolie pulmonaire.

Ou bien, le caillot s'était arrêté dans le cœur et avait occasionné une mort rapide par syncope et arrêt du cœur.

La première hypothèse était la plus vraisemblable d'après les considérations suggérées par l'anatomie et d'après les phénomènes qui avaient immédiatement précédé la mort.

M. de Saint-Germain pensait donc que nous devions trouver dans le poumon un caillot ou plusieurs caillots emboliques. Voici les résultats de l'autopsie :

Il a été impossible de vérifier par quels moyens la tumeur érectile et les grosses veines du côté gauche du cou communiquaient ensemble, ni si cette communication existait réellement. Il est certain au moins, après une dissection attentive, que les grosses veines du cou ne s'abouchaient pas directement avec la tumeur. On trouve bien des intermédiaires de faible calibre, mais il est impossible de suivre leur trajet dans le fouillis inextricable formé par l'angiome et empâté, soudé en partie par le coagulum.

Les veines du cou du côté gauche sont entièrement dilatées et pleines d'un sang noir, *liquide*. La veine jugulaire externe, l'interne, les veines thyroïdiennes, celles du thymus sont gorgées de sang. En suivant la direction de ces veines jusque dans l'oreillette droite, nous avons trouvé du sang noir, liquide, mais rien que cela.

L'oreillette droite, l'auricule, le ventricule droit, l'artère pulmonaire et ses branches sont successivement examinées. Il est impossible de trouver le moindre caillot.

Les poumons ont leur coloration normale; quelques ecchymoses sous-pleurales se trouvent sur leur bord postérieur. Aucun point anémié.

Le cœur gauche ne renferme aucun caillot. Tout est normal.

Le cerveau, les viscères sont sains, et leurs vaisseaux ne renferment point de caillot.

En résumé : l'autopsie n'explique point cette mort brusque, et l'absence d'embolie pulmonaire ou cardiaque nous ramène à cette question. Pourquoi l'enfant a-t-il succombé?

Nous ne pensons pas que la perturbation jetée dans la circulation de la partie supérieure du tronc par le fait de l'injection coagulante ait pu être assez intense pour gêner mécaniquement la respiration et amener la mort par asphyxie.

Chaque jour, pour ainsi dire, M. de Saint-Germain pratique des injections de liqueur de Piazza dans de volumineuses tumeurs érectiles, situées à la face, au cou, etc., et jamais il n'a observé le moindre accident.

En somme, nous reconnaissons ne pouvoir donner de la mort du nouveau-né une explication tout à fait satisfaisante.

Malgré les doutes qui planent encore sur la cause du terrible accident relaté dans l'observation qui précède, j'avoue qu'une sorte de défaveur en rejaillit pour moi sur le procédé à l'occasion de l'emploi duquel il s'était manifesté, d'où s'ensuivit l'idée bien naturelle de demander davantage à un autre moyen, employé par moi jusque-là seulement comme un complément du premier, mais avec un succès égal ; je veux parler de la cautérisation avec la pâte escharotique de Vienne. Comme complément des injections coagulantes, les preuves du procédé sont faites depuis longtemps. Une fois la tumeur érectile affaissée, atrophiée à la suite des injections, lorsqu'il ne reste plus que l'éclat vasculaire et framboisé de la peau, rien n'est plus propre que le caustique de Vienne à effacer le dernier vestige de la tumeur, mais l'emploi de ce caustique ne va pas sans inconvénients quand il ne s'agit plus d'opérer à fleur de peau.

Si, en effet, on s'attaque, avec la pâte de Vienne, à des tumeurs un peu saillantes, le plus souvent, la pâte caustique est à peine appliquée, qu'une petite hémorrhagie se produit, entraînant avec elle le caustique, dont il faut aussitôt et précipitamment débarrasser la tumeur, sous peine de voir la cautérisation s'étendre à des points qui doivent rester indemnes.

Ce n'est pas tout ; dans la plupart des cas, le caustique, appliqué sous forme de crème épaisse, ne reste pas adhérent au

tissu à cautériser ; il se boursoufle, et l'action de l'agent destructeur en est d'autant diminuée.

Enfin, soit que certaines peaux ne retiennent pas le caustique, soit que la préparation de celui-ci ait laissé quelquefois un peu à désirer, il arrive parfois que si la pâte elle-même reste en place, l'alcool qui lui sert de véhicule ne jouit pas de la même stabilité, qu'il s'étale à une assez grande distance et nécessite de la part de l'opérateur une attention des plus soutenues.

Ces diverses raisons m'empêchaient, à mon grand regret, de faire du caustique de Vienne un usage aussi large que j'aurais voulu, quand, tout dernièrement, mon excellent collègue et ami, le Dr Labric, me proposa d'appliquer sur une de ses clientes la cautérisation d'un nævus à l'aide de la pâte de Vienne, maniée d'une certaine façon à lui particulière.

Il s'agissait d'une dame âgée de 37 ans, qui portait à la joue gauche un nævus brunâtre recouvert de poils noirs. Ce nævus, de 2 centimètres carrés environ, était supporté sur un disque épais non réductible, de consistance mollasse, et laissait apercevoir entre les poils, que l'on pouvait facilement écarter, des mamelons ou grosses villosités qui se détachaient en saillie.

Ce nævus, qui depuis quelques années était resté stationnaire, avait été beaucoup plus petit dans la première jeunesse de Mme X... ; mais les médecins, qui avaient été consultés alors, avaient repoussé l'idée de l'intervention chirurgicale, par crainte, auraient-ils dit, de l'hémorrhagie.

Il est probable qu'à ce moment, Mme X... était porteur d'un véritable angiome caverneux, avec expansion, réductibilité et les autres signes de ce genre de tumeurs, mais que, petit à petit, sous l'influence de phlegmasies subaiguës, plus fréquentes qu'on ne le pense, l'élément vasculaire avait disparu pour faire place à la masse mollasse, élastique, non réductible que nous signalions plus haut.

Quoi qu'il en soit, Mme X..., à un âge où l'on ne soucie pas encore d'abdiquer, et pour préserver les restes d'une beauté

très réelle, désirait ardemment être débarrassée d'une ombre au tableau qu'elle avait négligée en son printemps.

Mon ami Labric m'ayant adressé cette cliente, je déclarai, après mûr examen, que je m'opposais, en principe, à l'extirpation totale, dont les suites pouvaient être fâcheuses, et dont les résultats pouvaient ne pas donner toute la satisfaction qu'on en attendait; mais que je pensais qu'il était indiqué d'attaquer partiellement le nævus à la surface à l'aide de cautérisations au thermocautère.

J'en causai avec M. Labric, il accepta la cautérisation, mais il me proposa la pâte caustique de Vienne, et comme je lui faisais les objections dont je parlais plus haut, il m'assura qu'elles tombaient toutes devant une modification que, depuis quelque temps déjà, il apportait à ladite cautérisation et qu'il me ferait voir le jour où nous opérerions M^me^ X...

Le jour fixé, la malade fut commodément assise dans un fauteuil, la tête bien fixée et bien appuyée, de façon à pouvoir conserver longtemps la même position.

Le caustique une fois préparé et amené à une consistance pâteuse, mon collègue Labric en chargea une des extrémités d'un tube de verre de 8 cent. de long sur 4 millim. de diamètre, ouvert aux deux bouts, de manière à ce que la pâte occupait un demi-centimètre environ de hauteur. Cela fait, le tube fut essuyé avec soin à l'aide de coton, de manière à ce que, non seulement la surface d'application fût bien régulière, mais encore à ce que la surface extérieure fût parfaitement nette, puis appuyé directement et maintenu sur le mamelon principal du nævus. La douleur, à peine appréciable au début, ne s'accentua que très légèrement à la fin et resta si supportable, que nous pûmes craindre soit que le caustique ne fût pas de bonne qualité, soit que son application sur le mamelon de la tumeur ne fût pas assez exacte.

Dans le but de remédier à cet inconvénient, mon collègue Labric introduisit par le bout libre du tube un tampon de coton et le poussa doucement à l'aide d'une sonde cannelée sur le caustique, de façon à le saisir entre le tampon et le ma-

melon, à la façon de la poudre que l'on tasse à l'aide d'une bourre. Au bout de sept minutes, nous retirâmes le tube, l'eschare était admirablement limitée et formée. Deux autres tubes furent appliqués successivement avec le même succès. La plaie fut lavée avec du vinaigre et laissée sans pansement. Les poils, que nous avions respectés et qui ne nous avaient nullement gênés pour notre cautérisation, servirent à dissimuler ce que la triple eschare aurait eu de choquant. Une dernière cautérisation eut raison des saillies persistantes, et l'on peut aujourd'hui considérer la guérison comme assurée.

Encouragé par ce succès, je résolus de faire l'application du procédé à un enfant de 6 mois présentant à la partie latérale droite de la région frontale une tumeur érectile cutanée, dite artérielle, de la largeur d'une pièce de 4 sous et d'un rouge très vif.

En raison même de la saillie notable qu'elle présentait, de sa grande expansion au moment des efforts et des cris et de sa complète réductibilité à la pression, je n'aurais certes pas osé l'attaquer avec la pâte de Vienne, sans le procédé que mon collègue Labric m'avait conseillé. Je le fis pourtant avec l'aide de ce moyen, et cela avec une confiance qui fut justifiée par le résultat, ainsi qu'on va le voir.

Le tube, choisi d'avance de façon à ce que son orifice couvrît entièrement la tumeur, fut garni et placé comme il a été dit ci-dessus.

Après une demi-minute, nous remarquâmes, au sein de la masse caustique, une coloration noire, due évidemment au sang qui commençait à sourdre de la surface de la tumeur, mais qui, cerné par le tube, ne pouvait fuir à l'extérieur.

Cette coloration n'augmenta pas, du reste, et l'effet caustique continua très énergiquement, si l'on pouvait en croire les vociférations de l'enfant.

Après cinq minutes, le tube fut enlevé et nous nous trouvâmes en présence d'une eschare mollasse, d'un noir d'ébène, que nous lavâmes avec du vinaigre et recouvrîmes de collo-

dion. Cet enfant m'a été depuis présenté régulièrement tous les huit jours. Il a guéri complètement sans autre cautérisation.

Les observations qui suivent, recueillies par mes internes, MM. Florand et Pennel, témoignent des autres succès que j'ai obtenus par l'emploi de la même méthode.

Observation I. — Guillot (Laurentine), âgée de 8 mois, possède sur l'épaule gauche une tumeur érectile arrondie, de cinq centimètres de diamètre environ. Elle est traitée depuis deux mois par les injections de liqueur de Piazza et la partie centrale est en voie de cicatrisation. M. de Saint-Germain cautérise un point de la périphérie au caustique de Vienne qui reste appliqué pendant 3 minutes. La plaie est lavée au vinaigre. Eschare noirâtre arrondie de un demi-centimètre de diamètre (19 juin).

26 juin. Seconde cautérisation tubulée d'un point de la périphérie voisin du premier. Aucun incident à noter.

3 juillet. Cautérisation tubulée et simultanée de deux points de la périphérie.

9 juillet. Guérison complète.

Observation II. — Le nommé Georges Gates, âgé de 7 mois, présente à la face antérieure du thorax, au-dessus et en dehors du mamelon gauche, une tumeur érectile arrondie, de un centimètre de diamètre, faisant à la peau une saillie de deux à trois millimètres.

Elle n'a subi aucun traitement antérieur. Le 3 juillet, cautérisation tubulée au caustique de Vienne du centre de la tumeur avec un gros tube. Pas d'hémorrhagie.

Nous revoyons l'enfant le 17 juillet. La plus grande partie de la tumeur est en voie de cicatrisation. Le pourtour s'est affaissé et la guérison semble parfaite.

Observation III. — Maupérin (Eugène), âgé de 18 mois, vient à Saint-Côme le 19 juin 1884. Il est porteur d'une tumeur érectile qui n'a fait que grossir depuis sa naissance. Elle est située à la partie externe de l'œil gauche et très rapprochée de lui. Sa forme est arrondie, elle a un demi-centimètre de diamètre environ et elle fait une saillie de un quart de centimètre.

M. de Saint-Germain fait la cautérisation tubulée à la poudre de Vienne le 19 juin. Le caustique est laissé sur la tumeur pendant cinq minutes et son application est rendue plus intime par l'intermédiaire d'un petit tampon d'ouate, repoussé à plusieurs reprises par l'extrémite supérieure du tube. Pendant l'application du caustique on voit apparaître dans le tube quelques petites gouttelettes de sang.

La plaie est lavée au vinaigre. Par le centre de l'eschare il sort quelques gouttes de sang dont l'écoulement est facilement arrêté par un morceau d'amadou imbibé de baume du Commandeur.

10 juillet. L'eschare est tombée sans qu'il y ait d'hémorrhagie nouvelle. La tumeur est remplacée par une cicatrice légèrement déprimée au centre.

Observation IV. — Le nommé Eugène Gaucher, âgé de 5 mois, présente à la lèvre inférieure une tumeur érectile qui descend au-devant du menton et qui offre une dimension de quatre centimètres carrés environ. Elle fait une légère saillie à la peau surtout à la périphérie et augmente constamment d'étendue depuis la naissance. Elle n'a subi aucun traitement antérieur.

Première cautérisation tubulée d'un point de la périphérie de la tumeur le 3 juillet 1884. Aucun incident.

10 juillet. Cautérisation simultanée de deux points de la périphérie avec deux tubes accolés.

24 juillet. Les eschares des cautérisations précédentes sont détachées et laissent à leur place une cicatrice blanchâtre un peu déprimée. Cautérisation tubulée des parties encore occupées par la tumeur.

Observation V. — Juliette Boucher, âgée de 5 mois, porte sur la tête une tumeur érectile faisant une légère saillie à la peau. Elle a constamment augmenté depuis la naissance. Actuellement elle a une forme arrondie et mesure environ deux centimètres de diamètre. Elle a été vaccinée il y a trois mois sans aucun résultat, et depuis un mois elle a subi trois injections de liqueur de Piazza qui ont peu modifié son état.

Le 26 juin, M. de Saint-Germain cautérise un point central de la tumeur avec le caustique de Vienne introduit dans un tube de moyen calibre. Aucun incident à noter.

Deux nouvelles cautérisations de points périphériques le 10 juillet.

Troisième cautérisation le 24 juillet. Il reste à la place de la tumeur une cicatrice.

Observation VI. — Maurice Grosset, âgée de 15 mois, présente à la partie externe et supérieure du mamelon droit une tumeur érectile faisant une légère saillie à la peau, de forme un peu allongée et présentant environ 2 centimètres de longueur sur 1 centimètre de largeur.

Première cautérisation tubulée d'une des extrémités de la tumeur à l'aide du caustique de Vienne, qui est laissé appliqué sur la tumeur pendant vingt-quatre minutes. Aucun incident (3 juillet).

La tumeur est cautérisée dans le reste de son étendue de la même façon, le 10 juillet et le 17.

Il reste à la place de la tumeur une eschare noirâtre qui est prête à se détacher. La tumeur a été détruite par le caustique dans toute son étendue.

Observation VII. — Renée Billat, âgée de 4 mois, vient pour la première fois à l'hôpital le 19 juin. Tumeur érectile de 1 demi-centimètre de longueur sur 1 quart de centimètre de largeur, située à la partie externe de l'œil droit, très rapprochée de lui et ne faisant aucune saillie à la peau.

Cautérisation tubulée au caustique de Vienne. Le caustique reste appliqué sur la tumeur pendant quatre minutes. Pas d'hémorrhagie ni pendant, ni après l'opération.

17 juillet. L'enfant nous est ramenée guérie.

Observation VIII. — Henriette Collet, âgée de 5 ans, porte à la partie médiane de la lèvre supérieure une tumeur érectile qui est de consistance assez molle et qui a fait à la peau une saillie assez considérable.

Cette tumeur a été vaccinée à deux mois et demi et elle est traitée depuis un mois par les injections de liqueur de Piazza.

M. de Saint-Germain applique un tube assez gros à la partie moyenne de la tumeur le 3 juillet 1884.

L'enfant nous est ramenée le 31 juillet. La tumeur est en voie de cicatrisation complète. Sa consistance est dure. Toute cautérisation nouvelle est inutile.

Observation IX. — Henriette Domange, âgée de 21 mois, porte à

la partie externe et supérieure de l'œil une tumeur érectile faisant une très légère saillie et traitée depuis cinq mois par la liqueur de Piazza.

Ce traitement a amené la guérison des deux tiers de la tumeur environ. Il reste encore une tache arrondie de 1 quart de centimètre de diamètre.

Le 19 juin, sans chloroformisation, cautérisation tubulée au caustique de Vienne.

Le caustique est laissé sur la tumeur pendant trois minutes. Pas d'hémorrhagie. Le tube est enlevé, le caustique neutralisé au vinaigre. La partie occupée par la tumeur est recouverte d'une eschare noirâtre, sauf un petit point qui n'a pas été touché par le caustique.

26 juin. Cautérisation tubulée du point qui n'avait pas été touché.

24 juillet. L'enfant nous est ramenée à la consultation. La tumeur est entièrement cicatrisée.

Observation X. — Adrienne Lefrère, âgée de 5 mois, possède à la partie moyenne de la joue gauche une tumeur érectile faisant saillie et traitée depuis cinq mois par la liqueur de Piazza. Elle a un peu diminué d'étendue, mais elle mesure encore 1 demi-centimètre de diamètre environ et est arrondie.

Le 19 juin, M. de Saint-Germain fait la cautérisation tubulée au caustique de Vienne. La totalité de la tumeur est comprise dans le tube. Le caustique reste appliqué sur la tumeur pendant trois minutes. Son contact est rendu plus intime par l'intermédiaire d'un petit tampon d'ouate poussé dans le tube. Pas d'hémorrhagie. La plaie est lavée au vinaigre. Il reste à la place de la tumeur une eschare noirâtre.

En présence de ces résultats favorables, nous croyons pouvoir conclure que la cautérisation tubulaire à la pâte de Vienne, telle qu'elle m'a été conseillée par le D[r] Labric, après l'avoir pratiquée lui-même nombre de fois, est un moyen précieux, en ce sens qu'il agit avec une précision mathématique, permet dans tous les cas au praticien de parfaire son opération et de limiter absolument son eschare.

REVUES DIVERSES

Vaccination intra-utérine. Vaccination pendant la grossesse et vaccination des nouveau-nés. — Résultat des expériences faites à l'*Hôpital de la Charité de Berlin*, dans le service du professeur Gussenow d'après la *Revue des sciences médicales* et *Lyon médical*, juin 1884.

47 femmes et 33 enfants ont été vaccinés. Les 14 femmes dont les enfants n'ont pas été vaccinés sont sorties avant d'accoucher ou n'étaient pas encore accouchées au moment de la publication du mémoire. Des 33 mères, 22 étaient dans le 10ᵉ mois de la grossesse, 10 dans le 9ᵉ, 1 dans le 8ᵉ. Les inoculations ont été faites avec la lancette. L'auteur rejette les injections sous-cutanées et intra-veineuses, parce qu'elles ne sont pas aussi sûres ; l'injection intra-veineuse, en outre, est dangereuse. Chaque sujet recevait 12 piqûres, 6 à chaque bras ; le plus souvent un tube entier de lymphe humanisée pure était employé pour un seul sujet.

Des 33 cas dans lesquels l'inoculation fut faite à la mère et à l'enfant, il n'y eut que 4 cas d'insuccès pour les mères : 3 fois la vaccine était manifestement inefficace ; 1 fois la mère avait été vaccinée avec succès trois ans auparavant. Des 33 enfants qui furent inoculés du 1ᵉʳ au 7ᵉ jour, 25 eurent une éruption vaccinale parfaite, 8 ne présentèrent rien. Sur ces 8, 6 avaient reçu une vaccine certainement mauvaise ; les 2 autres avaient reçu une vaccine qui avait réussi (sur d'autres sujets). Ces deux enfants paraissent donc avoir reçu le virus vaccinal par l'intermédiaire du placenta. Les enfants des quatre femmes inoculées sans succès furent vaccinés avec succès.

Il résulte de ces expériences que la vaccination intra-utérine est possible, mais qu'elle n'est en aucun cas assurée, et se produit très rarement.

Le minimum de temps nécessaire pour que la vaccination de la mère donne l'immunité à l'enfant serait de quinze jours.

La vaccination n'a aucun inconvénient ni pour les mères ni pour les enfants.

Les enfants qui étaient tous nourris au sein ont supporté l'évolution de la vaccine beaucoup plus facilement que ne la supportent les enfants de 10 à 12 mois. L'auteur en conclut qu'il serait préférable

de vacciner immédiatement après leur naissance tous les enfants élevés au sein, plutôt que d'attendre la fin de la première ou le commencement de la seconde année.

Variole intra-utérine; absence d'éruption chez la mère, d'après la présentation d'un fœtus atteint de variole intra-utérine, faite à la *Société des sciences médicales de Lyon*, en avril 1884, par M. LAURENT, interne des hôpitaux et son article du *Lyon Médical* du 15 juin.

Voici, d'après M. Laurent, le résumé de la littérature médicale sur ce fait rare.

Le premier fait est celui de Mauriceau rapportant sa propre observation dans son « Traité des maladies des femmes grosses et des enfants », Paris, 1682. La mère de Mauriceau veille pendant sept jours son fils aîné, âgé de 6 ans, qui meurt de la variole la veille de la naissance du célèbre accoucheur, lequel vint au monde avec « cinq ou six grains effectifs de petite vérole ».

A Jenner lui-même appartient le second, publié en 1815 dans *Medico-chirurgical Transactions*, t. II.

Dans son article VARIOLE (*Dictionnaire des sciences médicales*, 1821), Montfalcon cite le cas d'une femme qui « habitait une maison où il y avait plusieurs enfants atteints de la petite vérole. Cette femme avait eu cette maladie dans son enfance et son enfant vint au monde couvert de pustules varioliques développées comme au troisième jour de l'éruption ordinaire ».

Un fait semblable fut observé pendant l'épidémie de Strasbourg en 1833. (Voir Bousquet, *Traité de la vaccine et des éruptions varioliformes*, 2e édition.)

Les bulletins de l'Académie de médecine renferment plusieurs communications de ce genre. Ce sont les faits de Noblet (de Rennes), de Mlle Legrand (de Paris), de Deneux (1832), de Gérardin (1842), de Blot et de Devilliers (1880).

A la suite d'une présentation de Depaul, M. Vidal (de Grasse) adresse à M. Labbé, qui le présente à l'Académie (29 juin 1880), un fœtus venu au monde vivant et couvert de pustules varioliques, sans que la mère, vaccinée, ait jamais subi aucune atteinte de la variole. La conception de cet enfant remontait à la fin du mois de novembre ou au commencement de décembre 1870. Or, le père fut atteint de

variole semi-confluente dans les premiers jours de décembre 1870. Le fœtus avait été conservé dans l'alcool par M. Vidal.

Rayer (*Atlas des maladies de la peau*) et Bouchut (*Maladies des enfants*) auraient observé des cas de variole congénitale sans maladie de la mère.

Enfin, d'après Charpentier (*Traité d'accouchements*, 1883), des faits identiques auraient été publiés par Ebel, Kesler, Watron, Mead, Ruysch, Hagendhor.

Voici notre cas :

Le 26 mars 1884, entra, dans le service de M. le Dr Gignoux, la nommée Marie E..., femme P..., âgée de 24 ans. Taille 1 m. 65 ; bassin bien développé. Secondipare. A été vaccinée dans son enfance; n'a jamais eu la variole. Menstruation établie à l'âge de 13 ans, très régulière. Bonne santé habituelle. Pas de syphilis. Mariée depuis trois ans.

Son premier enfant, âgé de 20 mois, n'ayant pas été vacciné, a contracté une variole confluente à laquelle il a succombé le 28 février dernier. Il a été soigné par elle pendant toute sa maladie.

Cette femme a eu ses règles pour la dernière fois du 15 au 20 octobre 1883. N'a pas encore perçu de mouvements fœtaux. Depuis le commencement de février, rachialgie lombaire qu'elle attribue à la machine à coudre. Céphalalgie paroxystique depuis une quinzaine de jours. Jamais ni nausées, ni vomissements (sauf pendant le premier mois de sa grossesse). N'a eu ni fièvre, ni frissons, soit pendant, soit depuis la maladie de son enfant. Température normale. Un peu de diarrhée. Ne présente sur le corps pas une papule, pas une pustule, pas même un seul bouton d'acné. Pertes jaunâtres, sanguinolentes depuis deux ou trois jours.

Ventre modérément développé. Absence de souffle utérin et de bruit du cœur fœtal.

Le 26 mars, à 11 heures du soir, expulsion d'un fœtus macéré, long de 26 centimètres, pesant 480 grammes.

Nous avons présenté ce fœtus à la Société des sciences médicales de Lyon le 2 avril 1884.

Son corps tout entier est couvert de pustules larges de 2 à 5 millimètres et séparées les unes des autres par des espaces de peau saine de 1 à 3 centimètres. L'ombilication centrale est très manifeste. Leur teinte est blanc-jaunâtre, leur contenu séro-purulent. L'examen anatomo-pathologique confirme le diagnostic de variole.

C'est donc là un nouveau fait en faveur d'une question qui, tantôt admise, tantôt rejetée, nous paraît définitivement jugée par l'affirmative.

En effet, malgré l'opinion de Cotugno (1764), la réalité de la variole congénitale, c'est-à-dire de l'infection intra-utérine d'un fœtus par le virus varioleux, avec ou sans variole préalable de la mère, était admise depuis longtemps. Bartholin (en 1656) en avait rapporté un cas, auquel vinrent s'ajouter successivement les faits publiés par Mollenbroccius (1670), Mauriceau (1682), Ledel (1687), Sydenham (1684), Lanzoni (1691), Jermyn (1792); Jenner lui-même en rapporte deux cas dans un mémoire qui parut en 1815.

Mais, en 1832, M. Serres, se basant sur sa pratique personnelle, forte de 23 cas négatifs, vint de nouveau nier la variole intra-utérine. Pour lui, tous les faits rapportés jusqu'à ce jour sont dus à des erreurs de diagnostic.

La meilleure réponse à faire était de jeter dans le débat des matériaux nouveau et plus solides. Ils n'ont pas manqué. Les thèses de Gariel (1837), Chaigneau (1847), Laurens (1870), Hourdier (1880), Jobard (1880), les travaux de Rayer, Steinbrenner, Piorry, les divers cas de Davidson (1837), Bouchut (1850), Jacquemier (1855), Legros (1865), Charcot (1851-1853), de Teissier (de Lyon), (1870), de Desnos (1871), de Chantreuil (1870), de Depaul (1873), appuyés la plupart du temps de présentation des pièces aux diverses Sociétés savantes, Société de biologie, Société médicale des hôpitaux et même à l'Académie de médecine, ne permirent bientôt plus de discuter la question. Il ne restait plus qu'à expliquer physiologiquement le passage du virus de la mère, ou à travers la mère jusqu'au fœtus.

Or, pendant que les travaux de Porack et les expériences de Davaine, qui, inoculant le virus charbonneux à la mère, n'avait jamais pu parvenir à atteindre le fœtus, semblaient faire du placenta une barrière infranchissable pour tous les éléments figurés, les recherches de Pasteur sur les microbes, et spécialement celles de Chauveau sur le virus vaccin, obligeaient à conclure que le virus varioleux était un élément figuré et vivant.

Ces faits contradictoires ne laissaient pas que d'embarrasser M. Toussaint Barthélemy. Dans son excellente thèse sur la variole (Paris 1880), l'auteur en arrive à cette opinion : « qu'il faudrait renoncer à admettre l'infection du fœtus par la variole pendant la vie

intra-utérine, car... il nous paraît surabondamment prouvé qu'aucun élément figuré ne traverse et ne peut traverser le placenta ».

D'un autre côté, ne pouvant nier les faits de variole congénitale, il était obligé de formuler ce dilemne :

« Ou bien la variole du fœtus pendant la vie intra-utérine existe, et alors l'agent virulent de la variole ne consiste pas en éléments figurés ;

« Ou bien, si ceux-ci venaient à être démontrés, il faudrait rejeter tous les cas rapportés de variole fœtale et les considérer comme des erreurs de diagnostic. »

Malheureusement pour l'argumentation de M. Barthélemy, peu de temps après la publication de son travail, paraissaient les recherches de MM. Arloing, Cornevin et Thomas sur le charbon symptomatique, puis celles de Pasteur, de MM. Chamberland et Straus, de MM. Jules Chambrelent et Roux sur le choléra des poules. De toutes ces expériences, il résultait que le placenta n'est point une barrière infranchissable et que les microbes du charbon symptomatique, du choléra des poules le traversaient aisément.

Aussi, dans une thèse remarquable sur la vaccine (Bordeaux, 1882), M. Chambrelent se range-t-il absolument à l'idée de variole et de vaccine congénitales. Bien plus, il trouve que du sang pris au même moment chez la mère et chez le fœtus contient chez ce dernier un bien moins grand nombre de microbes. D'où il conclut, et cette conclusion est aussi celle de M. Warlomont (*Traité de la vaccine*, 1884), que ce passage, ce filtrage du virus à travers le placenta, constitue une atténnation du virus. Si même la mère a acquis l'immunité, par une vaccination ou une variole antérieure, les microbes qui ne pourront pas se multiplier dans ses propres organes pourront traverser le placenta et arriver jusqu'au fœtus où ils trouveront un terrain tout préparé pour leur multiplication.

On a ainsi une interprétation des faits de variole du fœtus sans variole de la mère qui, pour certains auteurs, paraissent tellement invraisemblables, qu'ils les avaient niés. Mauriceau, pour qui la variole congénitale était indiscutable, avait voulu en donner l'explication. On verra qu'elle se rapproche, plus qu'on ne pourrait le croire, de la vérité :

« L'air contagieux qu'elle (sa mère) avait respiré sans discontinuation, pendant toute la maladie de son fils décédé, avait tellement infecté la masse de son sang, duquel j'étais nourri en ce temps, que

j'en receu facilement, à cause de la tendresse de mon corps, et bien plustot qu'elle, l'impression de cette contagion. »

Dans les expériences de Burkhardt (de Bâle), répétées à Bordeaux par Chambrelent, on trouve que la vaccine se conduit absolument comme la variole. Tantôt, en effet, la vaccine, qui a été positive chez la mère, c'est-à-dire a donné lieu à l'éruption caractéristique, ne transfère pas l'immunité vaccinale au fœtus, tantôt elle est positive chez l'un et l'autre ou négative chez tous les deux, tantôt enfin l'enfant naît avec l'immunité, quoique la vaccine ait paru négative chez la mère. Ces derniers cas, peu nombreux, il est vrai, prouveraient donc qu'il peut y avoir vaccine du fœtus sans vaccine de la mère. Le sang de celle-ci serait, comme dans la variole, un simple milieu de transport pour le microbe qui ne pourrait s'y multiplier, mais pourrait encore y vivre.

Quoiqu'une étude complète soit encore à faire sur cette question, on pourrait cependant conclure de ce dernier point que la revaccination s'impose d'autant plus chez la femme enceinte, qu'il est permis d'espérer que, malgré l'immunité acquise par elle, le vaccin pourra arriver jusqu'à son enfant.

De la coqueluche, de son microbe et de son traitement, par les antiseptiques, par Burger et Poulet, d'après le *Journal de médecine de Paris* du 16 août 1884. — Letzerich et Tschamer ont déjà décrit des parasites dans l'expectoration de la coqueluche, mais les recherches de ces auteurs sont quelque peu tombées dans l'oubli. Les travaux récents de Burger (de Bonn) montrent que le microbe de la coqueluche est visible à un grossissement de 340 à 600 diamètres sous la forme de petits corpuscules d'inégal volume, et qui paraissent à un très fort grossissement avoir la forme d'un biscuit. Ils sont très irrégulièrement disséminés ou disposés linéairement, et ressemblent un peu au leptothrix buccalis. Le procédé de préparation est fort simple. On presse entre deux lamelles de verre une petite quantité de matières expectorées, on l'expose à la flamme d'un bec de Bunsen de façon à coaguler l'albumine, puis on ajoute la matière colorante, soit de la fuchsine, soit du violet de méthyle; on lave à l'eau pure ou dans l'alcool, et les microbes restent seuls colorés. Ils sont tellement abondants qu'il n'est guère possible de contester leur spécificité ; leur fréquence est toujours en relation directe avec l'intensité

de la maladie. Cependant, ils n'ont pas encore été cultivés et inoculés, aussi n'est-on pas arrivé sur ce point à une certitude absolue. Le Dr Poulet a vérifié, lui aussi, la présence d'un micro-organisme spécial dans l'expectoration de la coqueluche, aussi préconise-t-il un traitement antiseptique. Il conseille de tenir les malades dans une pièce tout imprégnée de vapeurs antiseptiques formées par l'évaporation d'un mélange contenant : thymol, 10 grammes ; alcool, 250 gr.; eau 750 gr. Il administre à l'intérieur indifféremment les sirops de goudron, de thymol, d'acide phénique, d'eucalyptol, de pin maritime, etc...

Scarlatine, traitement des accidents initiaux au moyen du sulfate de quinine, d'après la méthode du Dr Le Diberder, de Lorient.

En observant très attentivement la scarlatine dans son développement, il est facile de constater que la fièvre suit une marche régulière avec des exacerbations dont on prévoit les retours périodiques.

En se basant sur ces intermittences et en administrant d'emblée le sulfate de quinine, les rémissions se dessinent très nettement, les redoublements retardent, sans cesser, jusqu'à ce que l'éruption ait atteint son apogée. Chaque accès accompagne ou provoque une activité plus grande de l'exanthème dans sa marche, sous le double rapport de l'intensité et de l'étendue. Le dernier accès est le plus accentué, mais il est sans danger, si la quinine a été portée à des doses convenables.

Dans la scarlatine anormale, grave, la quinine rend les accès rémittents au lieu de subintrants, et en diminue la gravité.

Les accidents consécutifs sont dus à la persistance du principe scarlatineux dans le sang. Ce principe agit à la façon de celui de la fièvre paludéenne. Ce qui les différencie, c'est la marche rapide des accidents chez les scarlatineux. La quinine donnée préventivement est le plus sûr moyen d'en empêcher la manifestation ou de les combattre lorsqu'ils éclatent.

Le Dr Le Diberder fait remarquer qu'il est le premier à avoir ainsi posé l'indication du sulfate de quinine dans la scarlatine et il le prouve par des observations concluantes.

Il conseille donc de donner au début de la scarlatine grave 1 gr. de sulfate de quinine par jour, en deux ou trois fois, jusqu'à cessation des exacerbations. (*Journal de médecine de Paris.*)

Rhumatisme aigu chez un nouveau-né, traité par le salicylate de soude. — D'après le *Lancet*, la *Revue des sciences médicales* et le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*. — Une femme, enceinte de huit mois, fut prise de rhumatisme articulaire aigu et traitée dès le troisième jour par le salicylate de soude. Trente heures environ après le début du traitement les douleurs avaient disparu et l'accouchement se produisit ; mais le rhumatisme reprit son cours et ne se termina qu'au bout de cinq semaines. Quant à l'enfant, moins de douze heures après sa naissance, il était en proie à une fièvre vive, et présentait un gonflement douloureux avec une vive rougeur au niveau de l'épaule et du coude droit. Persuadé qu'il avait affaire à un rhumatisme congénital, le docteur Pocock prescrivit le salicylate de soude au nouveau-né, à la dose de 25 centigrammes toutes les deux heures, pour la première journée, en espaçant ensuite progressivement les prises. La médication fut strictement exécutée et, au bout de vingt-quatre heures, la température était tombée de 40° à 38°,5 et le pouls de 170 à 140, en même temps les douleurs avaient beaucoup diminué. Le traitement fut continué pendant huit jours sans occasionner le moindre accident et avec un plein succès. Trois semaines après, l'enfant, élevé au biberon, était parfaitement bien portant. Il n'y avait jamais eu aucun bruit anormal au cœur.

Traitement du genu valgum (*Société de chirurgie*, séance du 30 juillet 1884). — M. Trélat fait connaître l'observation de deux malades opérés du genu valgum : l'un par l'ostéoclasie, à l'aide de l'appareil de M. Robin (il s'agit d'un malade présenté dans une précédente séance à la Société par M. Robin, et opéré par celui-ci dans le service de M. Trélat), l'autre par l'ostéotomie.

Chez le premier malade, l'ostéoclasie des deux fémurs fut faite dans une même séance, mais le membre ne fut redressé que huit jours après, sous le chloroforme. Les suites de l'opération furent des plus simples, à l'exception toutefois de douleurs éprouvées par le malade pendant vingt-quatre heures. Au bout de trente-six jours le malade était guéri et pouvait se lever. A l'heure actuelle, ainsi que cela a pu être constaté séance tenante, le malade ayant été présenté à la Société, le redressement est parfait; la marche est encore un peu gênée, mais elle s'exécute bien; il y a un peu d'hydarthrose dans

l'articulation du genou, mais nul doute que d'ici à peu de jours tous ces phénomènes ne disparaissent.

Le second opéré est une femme; l'opération a été faite suivant les règles tracées par Mac-Even. Le fémur a été incisé dans sa presque totalité, puis brisé et redressé immédiatement et placé dans un appareil. Les suites opératoires furent des plus favorables; il n'y eut même pas de douleurs. L'opération ne datant que de quinze jours, on ne peut savoir comment marchera la malade; mais le redressement est parfait et la fracture se comporte comme toutes les fractures simples du fémur.

Il est impossible de juger de la valeur relative de deux méthodes alors que l'on n'a qu'un seul cas à citer à l'appui de chacune d'elles; néanmoins, il semble résulter de ces deux observations que l'ostéoclasie comme l'ostéotomie sont deux opérations bénignes en tant qu'opérations et excellentes quant aux résultats obtenus. Toutefois, l'ostéoclasie étant exclusivement sous-cutanée, il y a, dans ce fait, une circonstance qui est toute en sa faveur.

M. Verneuil. — J'ai fait deux ostéoclasies, et dans les deux cas les résultats opératoires ont été bons, mais les malades ont conservé un relâchement des ligaments qui se traduisait par une mobilité anormale de la jambe sur la cuisse et une assez grande difficulté dans la marche. Ce relâchement, qui s'est produit sans trace d'ostéite, m'a paru être la conséquence directe des manœuvres opératoires. J'ajouterai que d'autres auteurs l'ont signalé, que, par conséquent, il est assez fréquent: il serait bon, pour juger la méthode, de savoir dans quelle proportion il se produit.

M. Bouilly. — J'ai redressé l'année dernière un genu valgum par ostéotomie : les résultats opératoires ont été excellents.

M. Berger. — Lorsque l'on veut juger de la valeur des opérations faites pour redresser le genu valgum, il faut tenir compte des trois circonstances suivantes : 1° saillie plus ou moins considérable du fragment inférieur, et inconvénients divers qui en sont la conséquence; 2° renversement du pied en dedans, et nécessité pour le malade de marcher sur le bord externe de ce pied; 3° possibilité d'avoir une hydarthrose du genou. Je ferai justement remarquer que la malade que vient de nous présenter M. Trélat présente, à un assez haut degré, ce dernier accident, et qu'il y a lieu d'en tenir grand compte lorsqu'on veut établir le parallèle entre l'ostéotomie et l'ostéoclasie.

En tout état de cause, quelle que soit la méthode employée, les

inconvénients dont il vient d'être question peuvent, suivant les cas, soit s'améliorer, soit s'aggraver, de telle sorte qu'il faut toujours attendre un certain temps avant de se prononcer sur la valeur des résultats définitifs.

M. Tillaux. — Je rappellerai à la Société que j'ai été le premier, à Paris, à redresser des genu valgum par la méthode de Delore. J'ai revu depuis un grand nombre des malades ainsi opérés, et je dois dire que la plupart marchent très bien.

Il est incontestable, toutefois, qu'un certain nombre ont conservé, après l'opération, une certaine faiblesse dans les membres inférieurs et quelques mouvements de latéralité de la jambe ; je crois que ces inconvénients doivent être bien plus rares avec la méthode de M. Robin.

M. Polaillon. — J'ai opéré, il y a déjà quelque temps, par l'ostéoclasie, avec l'appareil de Collin, une petite fille de 6 ans, atteinte de genu valgum. Je dois reconnaître que l'enfant marche très mal, qu'il y a un relâchement des ligaments latéraux, et que ce relâchement pourrait bien avoir pour résultat la reproduction de la difformité. Je fais porter à l'enfant un appareil, et j'espère que celui-ci remédiera au relâchement ligamenteux dont je viens de parler.

D'autre part, j'ai un second cas opéré absolument dans les mêmes conditions, et la malade marche très bien, sans relâchement aucun.

M. Lucas-Championnière. — J'ai présenté, l'année dernière, un malade atteint de genu valgum, que j'avais ostéotomisé et qui allait très bien.

J'en ai un autre, en ce moment, dans mon service, qui a été également ostéotomisé il y a quinze jours et qui, jusqu'à présent, va très bien.

Mes deux malades n'ont jamais eu d'hydarthrose du genou, contrairement à ce que nous observons en ce moment sur le malade de M. Trélat. Il me semble, en outre, que mes malades ont marché plus rapidement que celui qui vient de vous être présenté.

M. Trélat. — Il me paraît difficile de comparer les résultats obtenus par M. Tillaux, à l'aide de la méthode de Delore, et ceux que nous obtenons aujourd'hui avec les nouvelles méthodes d'ostéoclasie. L'ostéoclasie manuelle avait sur les ligaments du genou une action que nous évitons avec nos appareils, et c'est pour cette cause que nous n'avons plus la mobilité latérale dont il vient d'être question.

La saillie des fragments, dont parle M. Berger, est indépendante

de la méthode employée. Cette saillie, d'autant plus prononcée que la difformité était plus grande, est l'élément indispensable de sa guérison. D'ailleurs, dans mon cas particulier, cette saillie n'a rien d'exagéré.

En ce qui concerne l'hydarthrose de mon malade, je ferai remarquer qu'elle est très faible, et qu'elle n'eût certainement pas existé si, pressé par l'approche des vacances, je n'avais présenté mon malade un peu hâtivement.

M. Lucas-Championnière nous dit que les malades ostéotomisés marchent plus rapidement que ceux qui sont ostéoclasiés. C'est une erreur : il y a deux mois à peine que mon malade est opéré et je puis déjà vous le présenter. Or, Mac Even déclare que c'est au bout de cinq à six mois seulement que ses opérés commencent à marcher.

En réalité, il est incontestable que le résultat obtenu sur mon malade est excellent jusqu'à présent; je reconnais, toutefois, qu'avant de se prononcer d'une façon définitive, il faudrait le suivre encore deux à trois mois.

OUVRAGES REÇUS.

La *Revue des maladies de l'enfance* a reçu :

Guide pratique de la jeune mère et l'éducation du nouveau-né, par le Dr BROCHARD. — Lyon, Vitté et Perrussel, éditeurs, 1884.

Sopra una nuova specie di febbre ricorrente ; — Sopra una epidemia de tifo cerebro-spinale ; — Sulla natura é guaribilita della tisi polmonare ; — Due casi di echinococco del fegato..., opuscules du Dr LUIGI CONCETTI. — Roma, 1882, 1883.

Recherches sur les modifications de la température par les onctions générales dans les maladies fébriles des enfants, par le Dr CONSTANTIN NASSER. — Lyon, 1884.

Du traitement de la pleurésie purulente chez l'enfant, par M. le Dr THIRIAR, agrégé de l'Université de Bruxelles.

Le gérant : G. STEINHEIL.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY, successeur, 52, rue Madame et rue Monsieur-le-Prince, 14.

REVUE MENSUELLE

DES

MALADIES DE L'ENFANCE

Octobre 1884

TRAVAUX ORIGINAUX

TRAITEMENT DE LA PLEURÉSIE PURULENTE.

PLEUROTOMIE ANTISEPTIQUE PRÉCOCE SUIVIE D'UN SEUL LAVAGE.

Par le Dr Paul Moizard, médecin des hôpitaux.

La question de la pleurésie purulente est de nouveau à l'ordre du jour. Dans le numéro d'avril de la *Revue des maladies de l'enfance*, M. de Saint-Germain a consacré à cette étude une importante leçon. Après avoir exposé l'historique de l'intervention chirurgicale dans le traitement de la pleurésie, et examiné les différentes méthodes de traitement de la pleurésie purulente, il se prononce catégoriquement en faveur de l'opération de l'empyème. Sans prétendre revenir ici sur ce qui a été fait, et si bien fait par mon éminent collègue, je voudrais insister sur un point particulier de la question si importante et si actuelle du traitement de la pleurésie purulente : l'application rigoureuse de la méthode antiseptique, la sécurité qui

en résulte, et, comme conséquence naturelle, l'indication, de plus en plus fréquente, et, surtout, *de plus en plus précoce*, de cette merveilleuse opération.

Nous sommes loin, en effet, du temps où M. Moutard-Martin, dans son remarquable mémoire sur le traitement de la pleurésie purulente, ne préconisait la pleurotomie que comme un moyen ultime applicable seulement aux cas où les procédés moins radicaux, thoracentèse, canule à demeure, siphon, drainage, ont échoué, et où l'état du malade aggravé et les menaces d'une mort prochaine indiquent la nécessité de l'incision pleurale. L'éminent médecin de l'Hôtel-Dieu avait à se défendre, au moment où il publiait son travail (1872), contre des adversaires condamnant vivement cette opération, et il avoue ne l'avoir jamais pratiquée qu'à la dernière période de la maladie, lorsque la mort paraissait imminente. Aujourd'hui, les adversaires de l'opération ont dû plier devant l'évidence de ses avantages, et M. Moutard-Martin, auquel nous devons la réhabilitation d'une méthode thérapeutique si précieuse, a singulièrement élargi le champ de ses indications.

A vrai dire, la question se pose uniquement aujourd'hui entre la valeur comparative des ponctions successives et celle de la pleurotomie dans le traitement de la pleurésie purulente, car toutes les autres méthodes sont justement abandonnées.

Il n'est pas permis de nier que les ponctions simples plus ou moins fréquemment répétées puissent amener la guérison de la pleurésie purulente. De nombreuses observations le démontrent. M. Moutard-Martin a même cité le fait d'une guérison spontanée, sans vomique. MM. Legroux, Gueneau de Mussy, Bourdon, Hérard ont observé des faits de guérison après une seule ponction sans lavage consécutif; dans d'autres cas, deux ponctions ou davantage ont suffi pour amener la disparition définitive de l'épanchement. Chez les enfants surtout, cette manière d'agir a donné des succès relativement nombreux. Mon excellent maître M. Bergeron en a publié plu-

sieurs observations, ainsi que MM. Cadet de Gassicourt, Dieulafoy, Bouchut, etc.

Dans une thèse récente de M. Branthomme, sur le traitement de la pleurésie purulente chez les enfants, je trouve un fort intéressant tableau qui résume 43 observations de pleurésies purulentes guéries par la méthode des ponctions. Sur ce nombre, la guérison fut obtenue :

18 fois après une seule ponction.

11 fois après deux ponctions.

3 fois après trois ponctions.

11 fois après un chiffre de ponctions variant entre 6 et 122.

D'où il résulte que sur ces 43 succès, 29 fois, c'est-à-dire trois fois sur quatre, la guérison a été obtenue après une ou deux ponctions. Ce chiffre est trop éloquent pour qu'il soit nécessaire d'insister.

Mais cette statistique comporte aussi un enseignement important : — Qu'y voyons-nous, en effet ? — C'est que, si une ou trois ponctions ne suffisent pas pour amener la guérison de la pleurésie purulente, il faut atteindre un chiffre plus ou moins considérable, et si on recherche la durée du traitement nécessaire alors pour arriver à la guérison définitive, on trouvera qu'elle varie de deux mois à une année. Or, je le demande, peut-on admettre qu'on puisse, sans de grands inconvénients, laisser pendant si longtemps un malade avec une quantité plus ou moins considérable de pus accumulé dans la plèvre, avec les phénomènes de fièvre hectique qui en dérivent, l'altération profonde de l'état général qui en est le résultat inévitable, et la certitude des lésions pulmonaires consécutives, si bien étudiées par M. Brouardel, lésions scléreuses qui, s'opposant à l'expansion du poumon, sont un obstacle de plus à la guérison définitive ? Les quelques observations publiées, entre autres celle de M. Bouchut, où la guérison fut obtenue en onze mois, après 122 ponctions, n'ont d'autre mérite que de constituer d'éclatantes exceptions, et ne pourront jamais être données à l'appui de la méthode univoque de traitement par les

ponctions successives, suivies ou non d'injections intra-pleurales. Je me vois donc autorisé à conclure de ce qui précède, que s'il serait injuste de nier la possibilité de la guérison de la pleurésie purulente par la thoracentèse, surtout chez les enfants, il serait imprudent de s'y fier absolument. Et la statistique de M. le Dr Branthomme vient à l'appui de la conclusion que je formulais dans un article publié au mois de janvier 1884, dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* : « Une pleurésie purulente étant donnée, faire l'em-« pyème le plus tôt possible, après qu'une thoracentèse, deux « au plus, auront été suivies de la reproduction du liquide. »

Dans son *Traité clinique des maladies de l'enfance*, mon cher maître, M. Cadet de Gassicourt, s'exprime ainsi : « Dans la « pleurésie purulente, qui est beaucoup plus fréquente dans « l'enfance que dans les autres âges, soit associée à la tuber-« culose, soit consécutive à certaines maladies (surtout à la « scarlatine), soit comme conséquence de l'athrepsie, l'opéra-« tion de l'empyème est préférable aux ponctions successives, « *parce qu'elle est toujours applicable et suffit toujours*, tandis « qu'il y a beaucoup de cas où la thoracentèse ne suffit pas. » Je crois que M. Cadet de Gassicourt est absolument dans le vrai, et les développements qui vont suivre ne seront que la confirmation de ses idées.

A vrai dire, les résultats de la pleurotomie antiseptique sont tellement beaux, d'une façon générale tout au moins, que si je ne me rallie pas à l'opinion de ceux qui la préconisent absolument dans le traitement de la pleurésie purulente, c'est pour ne point mériter le reproche d'engouement exagéré, et pour ne pas refuser aux malades, aux enfants surtout (car chez eux seulement on peut légitimement espérer la guérison par une ou deux ponctions), le bénéfice d'éviter une opération sanglante.

C'est qu'en effet, si depuis quelques années les indications de l'empyème ont aussi singulièrement augmenté, cela est dû à l'application de la méthode antiseptique qui en a tellement diminué les dangers, que les dernières préventions que

certains esprits pouvaient conserver contre l'incision pleurale devront céder devant l'existence des faits.

Ce n'est pas que, depuis de longues années, on ne se soit préoccupé du traitement consécutif à l'ouverture de la cavité pleurale. M. Moutard-Martin en avait indiqué les règles, et M. Peyrot en formulait l'importance dans la proposition suivante : « l'opération de la pleurotomie n'est rien en elle-même, les soins consécutifs sont tout. »

Aussi est-ce presque exclusivement sur ces derniers que portent les modifications que nous nous proposons d'étudier ici.

Montrer l'influence de l'antisepsie rigoureuse appliquée à la pleurotomie, tel est surtout le but de cet article. Antisepsie rigoureuse est le terme juste. Car il ne s'agit pas seulement si l'on veut obtenir tous les résultats que comporte cette manière de procéder, de pratiquer l'opération selon la méthode de Lister ; les pansements consécutifs devront être faits dans les mêmes conditions, en prenant les mêmes précautions minutieuses et cela, jusqu'à guérison complète. C'est là une condition sur laquelle on ne saurait trop insister. Le succès est à ce prix.

Tous les auteurs qui ont étudié l'opération de l'empyème ont insisté sur l'importance de la désinfection de la cavité pleurale. M. Moutard-Martin et ses élèves cherchaient à y arriver en pratiquant des lavages aussi fréquents que possible avec des solutions antiseptiques. La méthode de Lister cherche *à prévenir* cette altération des sécrétions de la plèvre par l'emploi de minutieuses précautions, aussi bien pendant l'opération que dans le cours des pansements consécutifs. C'est en cela en effet que consiste la différence entre les deux méthodes :

Lavages fréquents indispensables dans le traitement préconisé par M. Moutard-Martin.

Pas de lavages consécutifs, ou exceptionnellement, dans la méthode antiseptique.

C'est en Allemagne et en Angleterre que cette méthode a

pris naissance. La première observation d'empyème pratiqué dans ces conditions a été publiée par Markham Skeritt en 1876. Cette pratique fut adoptée en Allemagne par König, Wagner, Göschel, Starke. En France, elle commence à être appliquée. M. Hache a publié en 1883, dans la « Revue de chirurgie », une revue clinique des plus intéressantes, à laquelle j'ai emprunté les renseignements historiques qui précèdent.

M. Deborie et Dumontpallier ont présenté l'un et l'autre à la Société des hôpitaux, des observations de malades rapidement guéris par cette méthode. Enfin, j'ai eu l'occasion de pratiquer trois fois, soit à l'hôpital, soit en ville, l'opération de la pleurotomie antiseptique, et les résultats obtenus m'ont semblé tellement favorables que ma conviction est dès à présent solidement établie.

Deux préceptes indispensables à appliquer quand on pratique cette opération :

Ouvrir la plèvre au point le plus déclive, et l'opération faite, assurer la complète et constante évacuation du pus.

Wagner a démontré que c'est au niveau du cinquième ou du sixième espace intercostal, en avant du bord du grand dorsal, qu'est le point le plus déclive de la cavité pleurale, quand le corps est placé sur un plan incliné des pieds vers la tête. C'est pour cela qu'il insiste sur l'utilité de disposer le lit du malade de cette façon au moins pendant les premiers jours qui suivent l'opération. C'est donc sur ce point que devra porter l'incision.

Je n'ai pas l'intention de décrire ici l'opération de l'empyème. Et, à vrai dire, qu'on emploie l'une ou l'autre méthode, les règles de l'opération restent les mêmes.

Il est indispensable d'employer dans toute sa rigueur la méthode antiseptique, et les précautions minutieuses qui la constituent sont trop connues pour qu'il soit nécessaire de les énumérer ici.

L'incision est donc pratiquée au niveau du cinquième ou du sixième espace intercostal en avant du grand dorsal. Il

arrive quelquefois que cet espace soit un peu étroit, et il peut en résulter des difficultés pour l'introduction des drains, et par conséquent pour l'écoulement constant du liquide pleural, condition absolue du succès. Je n'ai jamais eu l'occasion de rencontrer cette disposition. Mais c'est pour conjurer les dangers qui peuvent en résulter que König conseille de faire la résection sous-périostée d'une côte, sur une longueur de deux centimètres environ. Beaucoup de chirurgiens, M. Lucas-Championnière entre autres, partagent cette manière de voir. Je répète que, jusqu'à présent, il ne m'a été donné d'observer aucun cas où une pareille pratique ait été nécessaire, mais il me semble qu'il ne faudrait pas hésiter à y recourir, dans le cas où l'espace intercostal ne permettrait pas l'introduction d'un drain suffisamment gros.

La plèvre une fois ouverte, l'opérateur doit se préoccuper d'en assurer l'évacuation absolue. Non seulement, il faut recommander au malade de faire des mouvements d'expiration assez violents pour déterminer l'expulsion des masses pseudo-membraneuses qui sont en suspension dans le liquide, mais si leur sortie est difficile, on peut même chercher à les détacher avec le doigt. Wagner insiste sur l'importance de cette recommandation, dont l'utilité est incontestable dans les pleurésies purulentes anciennes, alors que les deux feuillets de la plèvre sont recouverts de couches épaisses de fausses membranes.

Une question me reste à résoudre : faut-il faire un lavage immédiatement après l'opération ? C'est évidemment préférable. Göschel et König conseillent de s'en abstenir si le liquide est fluide et sans odeur, et M. le Dr Caussidon a publié, dans le numéro du 1er février de l'*Alger médical*, l'observation d'une pleurotomie antiseptique sans lavage immédiat, chez un enfant de quatre ans, suivie d'une guérison complète au bout de deux mois.

Des observations analogues ont été publiées en Allemagne. Il semble pourtant qu'il soit préférable de laver largement la cavité pleurale après l'opération. En tout cas cette pratique ne

peut avoir aucun inconvénient, et en détergeant la plèvre des paquets pseudo-membraneux qui y sont presque toujours accumulés en assez grande quantité, elle est une garantie de succès.

Ces lavages de la plèvre doivent être pratiqués avec des solutions tièdes de chloral à cinq pour cent, d'acide borique à dix pour cent. Les solutions phéniquées ne doivent jamais être employées, des accidents graves d'intoxication ayant été observés. Dans le cas où le liquide de la pleurésie est fétide, on peut se servir de solutions plus fortement antiseptiques, et je trouve dans la revue de M. Hache, que Wagner, dans un cas analogue, a pu injecter sans inconvénient une solution de chlorure de zinc à 8 p. 100. Ces lavages doivent être pratiqués doucement, et continués jusqu'à ce que le liquide injecté sorte de la plèvre absolument clair.

Il faut ensuite introduire un tube à drainage dans la cavité pleurale. M. Hache conseille un drain unique, qui doit avoir, pour les adultes, le volume du petit doigt, et une longueur de 0,05 centimètres au plus. Il m'a semblé que l'introduction de plusieurs tubes à drainage, d'un moindre volume, et réunis en flûte de Pan, comme le conseille M. Dujardin-Beaumetz, assurait d'une façon plus certaine l'écoulement constant du liquide, condition indispensable au succès, ainsi que je l'ai déjà indiqué. Les tubes introduits et solidement fixés, on procède au pansement, et je ne saurais trop insister sur la nécessité de l'application rigoureuse de la méthode antiseptique. La plaie est recouverte d'une couche épaisse de gaze phéniquée, maintenue par une cuirasse de même substance, recouverte d'une feuille de mackintosh suffisamment large pour envelopper toute la poitrine : le tout est entouré de plaques d'ouate salicylée, maintenues par des bandes de tarlatane.

Je n'ai pas besoin d'indiquer que l'opération et le pansement ont été pratiqués au milieu des vapeurs de solution phéniquée.

La position que doit garder le malade, pendant les premiers jours qui suivent l'opération, a une certaine importance. Wag-

ner ayant démontré que l'incision, dans le cinquième ou sixième espace intercostal, atteint la partie la plus déclive de la plèvre, pourvu que le malade soit placé sur un plan incliné des pieds vers la tête, il est bon, pendant les premiers temps du traitement, tout au moins, d'élever un peu les pieds du lit, au moyen d'une ou deux briques superposées.

Somme toute, en tant qu'opération, la pleurotomie antiseptique ne diffère de l'empyème tel qu'on le pratique ordinairement que par l'adjonction des procédés de Lister. C'est dans le traitement consécutif qu'éclate la différence des deux méthodes.

M. Moutard-Martin recommande de faire des lavages de la plèvre, aussi souvent que possible, et accentuant encore cette prescription, certains médecins ont conseillé les irrigations pleurales continues. Par ces lavages, on veut éviter l'altération putride des liquides pleuraux.

Les précautions antiseptiques rigoureuses permettent de prévenir, à coup sûr, dans les cas simples, l'altération de ces liquides. Aussi peut-on ne pas pratiquer de lavages, et c'est là un grand avantage. Sans parler en effet de la sujétion qui résulte pour le malade et pour le médecin d'une pareille pratique, les faits publiés par MM. Maurice Raynaud, Leudet, Dumontpallier, de convulsions épileptiformes suivies de mort à la suite de lavages pleuraux, montrent qu'elle n'est pas sans comporter des inconvénients sérieux.

J'ai observé un cas analogue dans le service de M. Bergeron, chez un enfant enlevé en quelques minutes par des convulsions épileptiformes, pendant qu'on pratiquait avec de grandes précautions une injection intra-pleurale à la suite d'une ponction de pleurésie purulente. Bien que fort rares, ces faits sont assez graves pour que la possibilité d'écarter ce danger ait une grande importance. En outre, les lavages répétés peuvent agir mécaniquement et s'opposer à l'adhésion des feuillets pleuraux qui est, comme on le sait, le mode de guérison de la pleurésie. Pour toutes ces raisons, la possibilité de

les laisser de côté a une grande importance, et l'expérience démontre que cette pratique n'a aucun inconvénient.

Ce n'est pas dire cependant qu'il faille considérer cette abstention des lavages comme une règle absolue. S'il s'agit d'un cas simple, non fétide, il faut s'en abstenir. Que si, au contraire, le liquide est fétide, tenant en suspension des masses putréfiées de fausses membranes, ou des débris de sphacèle pulmonaire, il faut de toute nécessité y avoir recours, et les continuer jusqu'à désinfection complète de la cavité pleurale. Bien plus, et j'en citerai plus bas un exemple, si dans le cours du traitement d'une pleurésie purulente opérée par la méthode antiseptique, le liquide devient momentanément fétide, il faut employer les lavages jusqu'à ce que cette fétidité ait disparu.

On voit donc que si dans beaucoup de cas on peut se passer des lavages antérieurement considérés comme indispensables, cette abstention ne peut pas être donnée comme une règle absolue.

Les pansements consécutifs à l'opération doivent être pratiqués tous les jours, et avec les mêmes précautions rigoureusement antiseptiques que celui qui la suit immédiatement. König, et après lui M. Hache, pensent qu'au bout de huit jours les pansements peuvent être espacés de quelques jours, de quatre à huit. Les faits que j'ai observés ne me permettent pas de partager cette opinion. Le pansement jusqu'à complète guérison doit être renouvelé, et les tubes changés tous les jours. On s'assure aussi de leur bon fonctionnement, et bien qu'à ce point de vue la marche de la température donne de précieuses indications, il est beaucoup plus prudent de constater quotidiennement l'état des parties malades.

M. Hache dit, dans l'article que j'ai eu plusieurs fois l'occasion de citer, que lorsqu'il s'agit d'un cas simple, la sécrétion devient rapidement séreuse, et que tout nouveau lavage est inutile, et par conséquent nuisible en rompant les adhérences récentes et en irritant la plèvre. Je n'ai jamais observé cette transformation séreuse de la sécrétion dans les trois pleuroto-

mies antiseptiques pratiquées par moi, et dont deux ont été suivies d'une guérison rapide, la troisième étant sur le point d'être complètement guérie. J'ai toujours vu la sécrétion purulente persister, devenant de moins en moins abondante, de plus en plus concrète, mais gardant pendant toute la durée du traitement un caractère nettement purulent.

Les règles qui président à l'enlèvement des tubes restent celles qui ont été indiquées par M. Moutard-Martin.

Telle est la pleurotomie antiseptique, et les modifications de traitement qu'elle comporte donnent une telle sécurité que beaucoup de chirurgiens, en Allemagne surtout, considèrent l'incision pleurale comme le seul traitement rationnel de la pleurésie purulente. Je crois que l'avenir leur donnera raison, mais, quant à présent, Wagner me semble exagérer, en affirmant que, dans les cas simples, la thoracentèse n'est jamais préférable à l'incision, qui donne des succès assurés. Cette opinion, ainsi formulée, me semble trop radicale. Si rares que soient les faits de guérison de pleurésie purulente par la thoracentèse, il ne faut pas en oublier la possibilité, et, surtout chez les enfants, la pratique de la pleurotomie d'emblée, ne me semble pas encore admissible.

Les résultats donnés par l'opération dont j'ai décrit les règles sont vraiment remarquables; Hache, dans son article de 1883, a réuni dix-sept observations, dans lesquelles le temps moyen écoulé entre l'opération et l'ablation définitive du tube a été de trente-huit jours pour les adultes et de trente-trois jours pour les enfants. Ces résultats, ajoute M. Hache, sont bien supérieurs à ceux de la pleurotomie non antiseptique, surtout en tenant compte de la précocité de l'intervention, qui abrège la durée totale de la maladie, quelquefois de plusieurs mois. Dans les cas de pleurésie purulente d'emblée, M. Moutard-Martin, opérant selon la méthode qu'il préconise, a pu obtenir la guérison en vingt-trois, vingt-sept et vingt-huit jours. Mais d'après ses observations, ainsi que d'après celles de Peyrot et de Robert, la durée moyenne de la guérison serait de près de quatre mois chez les adultes, et de deux mois et demi pour les

enfants. La comparaison entre la rapidité de la guérison obtenue par l'une et l'autre méthode est une éclatante confirmation de la pratique que j'ai défendue ici.

Donc, le traitement de l'empyème peut se résumer en quelques propositions :

1° Pratiquer la pleurotomie le plus tôt possible après qu'une thoracentèse, deux au plus, auront été suivies de la reproduction du liquide ;

2° Pendant l'opération, et au cours des pansements consécutifs, les plus minutieuses précautions de la méthode antiseptique doivent être suivies ;

3° Un seul lavage doit être pratiqué au moment de l'opération. Il ne sera renouvelé que si, dans le cours du traitement, le liquide devient fétide. On fera, au contraire, plusieurs lavages, si le liquide est fétide au moment de l'opération, et on les continuera jusqu'à ce que cette fétidité ait disparu ;

4° Indépendamment des précautions antiseptiques, le chirurgien doit veiller à la constante et complète évacuation du pus. Pour obtenir ce résultat, non seulement l'incision doit être pratiquée au point le plus déclive de la plèvre, mais il peut veiller attentivement au fonctionnement normal des tubes introduits dans la cavité pleurale.

En agissant ainsi, non seulement on aura de grandes chances d'obtenir une guérison rapide, mais on évitera surtout ces fistules thoraciques persistantes, si fréquentes quand il s'agit de pleurésies purulentes anciennes et pour la guérison desquelles Estlander a préconisé la résection sous-périostée d'une ou de plusieurs côtes.

J'ajouterai que les résultats de la pleurotomie antiseptique viennent confirmer la conclusion de Robert : qu'il n'y a pas de contre-indication de la pleurotomie, et que la certitude d'une mort prochaine doit seule la faire rejeter.

Depuis la publication du mémoire de Hache, plusieurs observations sont venues grossir l'actif de la pleurotomie antiseptique. Dans le numéro du 1er février 1884, de l'*Alger médical*, le Dr Caussidon publie l'observation d'une opération

faite chez un enfant de 4 ans. Il ne pratiqua pas de lavage après l'opération, ni dans le cours du traitement; le tube fut enlevé le cinquante-neuvième jour, et le lendemain la cicatrisation était complète.

Mon collègue, M. Just Lucas-Championnière, a obtenu une guérison en un mois, chez un adulte à l'hôpital Tenon.

Enfin, depuis l'année dernière, j'ai eu l'occasion de pratiquer trois fois la pleurotomie antiseptique, et je crois devoir, en terminant cet article, donner un court résumé de ces observations.

La première de mes opérations fut pratiquée sur un enfant de 6 ans atteint d'une énorme pleurésie droite, probablement consécutive à une scarlatine. Une première thoracentèse, pratiquée le jour même où je fus appelé auprès de cet enfant, donna issue à 2 litres d'un pus bien lié, non fétide. L'amélioration qui en résulta ne fut qu'un court répit. Le liquide se reproduisit rapidement, et en raison de l'abondance de l'épanchement et de l'altération profonde de l'état général de mon petit malade, la répétition des ponctions me sembla impossible. L'empyème fut pratiqué *quatre jours* après la première thoracentèse, en suivant la méthode de Lister dans toute sa rigueur. Un seul lavage fut fait après l'opération avec une solution de chloral au centième. Dès le lendemain, l'appétit et la gaieté reparurent, et l'enfant reprit progressivement ses forces. La température rectale, qui ne s'éleva jamais au-dessus de 38°,6, devint bientôt normale, les tubes furent progressivement raccourcis, et je pus les enlever trente-trois jours après l'opération. Trois jours après, c'est-à-dire le trente-sixième jour, la guérison était complète.

J'ai revu l'enfant deux mois après. Il était en parfait état, le murmure vésiculaire était partout normal, et il n'y avait aucune déformation du thorax.

Dans la seconde de mes observations, il s'agissait d'un homme de 26 ans sans aucun antécédent diathésique, entré dans mon service à Cochin, dix jours après le début d'une pleurésie droite, survenue brusquement à la suite d'un refroi-

dissement. Dix jours après son entrée, l'épanchement augmentant, je pratique une thoracentèse qui donne issue à 1,250 grammes d'un pus bien lié, non fétide. Le liquide s'étant rapidement reproduit, la température se maintenant entre 39° et 39°,5, je pratiquai l'opération de l'empyème trois jours après la ponction, en suivant toutes les règles de la méthode de Lister. Immédiatement après l'ouverture de la plèvre, je fis un lavage avec une solution d'acide borique à 4 pour cent. Les pansements, rigoureusement antiseptiques, furent d'abord renouvelés tous les jours, puis tous les deux jours. On ne pratiqua pas d'autre lavage pleural, *sauf le vingtième jour après l'opération*, le liquide ayant présenté un peu de fétidité, et encore ce lavage fait avec une solution phéniquée au centième (la cavité pleurale était alors réduite à de très minimes dimensions) fut-il isolé. L'écoulement purulent diminua rapidement; le drain fut enlevé un mois après l'opération, et dix jours plus tard la cicatrisation était complète. Il n'y avait aucune déformation thoracique. Je dois faire remarquer qu'il s'agit ici d'un cas de pleurésie purulente d'emblée, et que la guérison n'a pas été plus rapide, au contraire, même a été un peu plus longue à obtenir que dans les belles observations de M. Moutard-Martin. Mais il prouve tout au moins que les grands lavages de la plèvre ne sont pas indispensables pour amener la guérison.

Le troisième fait concerne un malade encore en traitement dans le service que je dirige en ce moment à Cochin, aussi n'en dirai-je que quelques mots. Il s'agit d'une pleurésie purulente, remontant à un mois à peu près, chez un homme de 22 ans, antérieurement bien portant. L'empyème a été pratiqué par mon collègue Nélaton, il y a trente-deux jours. Un seul lavage, avec une solution d'acide borique à 10 p. cent, a été fait après l'opération, les pansements antiseptiques pratiqués quotidiennement. Aujourd'hui, trente-deux jours après l'opération, le malade, qui était véritablement hectique au moment où elle a été faite, a une apparence florissante et un appétit excellent, l'écoulement purulent est réduit à un mini-

mum tel que j'espère pouvoir enlever les tubes définitivement dans quelques jours.

Si je me suis permis de donner ici un court résumé de ces trois observations, c'est qu'elles viennent absolument à l'appui de la méthode opératoire que j'ai défendue dans cet article, méthode nouvelle, qui n'a point encore pris droit de cité parmi nous, et dont les avantages sont tels, que ceux qui les ont observés ont, ce me semble, l'impérieux devoir de les mettre en lumière.

TRAITEMENT DE LA CARIE OSSEUSE ET DE L'OSTÉO-PÉRIOSTITE PAR LE GRATTAGE ET L'ÉVIDEMENT.

Observations recueillies dans le service de M. le Dr DE SAINT-GERMAIN (*Hôpital des Enfants-Malades*),

Par MM. Florand et Pennel, internes du service.

Notre maître, M. de Saint-Germain, a fait remarquer dans une de ses *leçons cliniques* (1) combien diffère la conduite tenue aujourd'hui à l'égard des jeunes sujets affectés de carie avec celle qu'on suivait il n'y a pas encore bien longtemps. Il y a peu d'années encore, on se bornait à prescrire aux jeunes carieux un traitement reconstituant ; on les envoyait au bord de la mer ou à la campagne et ils ne succombaient pas beaucoup plus que maintenant.

Il est vrai qu'ils continuaient plus ou moins à languir et qu'on n'obtenait pas alors les nombreuses guérisons souvent complètes que notre maître a dues à l'abrasion, au grattage, à l'évidement avec la curette de Volkmann, depuis que, sur le conseil du professeur Verneuil, et encouragé par un premier

---

(1) V. *Chirurgie des enfants*, par M. le Dr L.-A. de Saint-Germain. — Paris, Steinheil, 1884, p. 77.

succès, il a mis largement en œuvre cette méthode depuis longtemps usitée à l'étranger.

La carie que M. de Saint-Germain considère avec Ranvier comme une ostéite d'une nature particulière, se distingue de l'inflammation franche par son peu de tendance à la guérison ; c'est, comme il l'a dit, une *plaie des os* succédant à une lésion et à un processus d'un ordre tout particulier dont sont affectés les corpuscules osseux. Sur un terrain préparé par une déchéance physiologique comme la scrofulose ou la tuberculose, elle éclate tout à coup, sous l'influence d'une cause légère en apparence, comme la fatigue, le froid, une contusion, même modérée. Elle fait partie du cortège des phénomènes morbides qui se montrent surtout chez les jeunes strumeux, comme les adénites et les abcès froids, mais elle a un siège spécial, le tissu spongieux des os, c'est-à-dire les os plats et l'épiphyse des os longs ; enfin elle offre à l'exploration un signe tout particulier, la sensation de *sucre mouillé* fournie par le stylet qui s'enfonce dans les trabécules osseuses.

Voici un certain nombre d'observations de carie osseuse traitées par l'abrasion et l'évidement dans le service de M. de Saint-Germain, avec des succès variés, mais avec un avantage marqué sur l'abstention antérieurement pratiquée.

OBSERVATION I. — *Carie du calcanéum droit* ; *évidement* ; *amélioration* ; *puis récidive.* — DEPAUX (Henriette), 7 ans 1/2, entrée le 23 novembre 1883, salle Sainte-Pauline, lit n° 11, service de M. de Saint-Germain. Enfant brune, pâle, chétive, atteinte depuis dix mois de suppuration à la face externe du talon droit. La marche est impossible, le pied est volumineux ; peu de mouvements dans l'articulation tibio-tarsienne. Fistule à la face externe du calcanéum, par laquelle on arrive dans l'os friable carié.

Le 15 mars 1884, les divers traitements institués (injections, ignipuncture) ayant échoué, M. de Saint-Germain fait l'évidement du calcanéum droit.

L'enfant est chloroformée et la bande d'Esmarch appliquée.

Incision cruciale, décollement du périoste du calcanéum, sur une petite étendue autour de la fistule, puis évidement avec la cuiller

tranchante de Volkmann. L'os est très altéré, et l'on retire des fongosités abondantes. Il en résulte, dans l'épaisseur du calcanéum, une cavité pouvant contenir une noix.

Pansement à l'amadou, charpie, etc.

Quand on retire la bande d'Esmarch, il se produit un écoulement sanguin, mais peu important.

Le troisième jour, on enlève l'amadou, la plaie de l'os est en assez bon état ; on panse désormais avec une solution phéniquée à 1/50.

Le 22 *avril*, la cavité creusée dans le calcanéum est comblée, la suppuration continue, la cicatrisation marche très lentement.

Le 30 avril. La petite malade quitte l'hôpital pour aller en convalescence à Forges-les-Eaux. Elle marche à peine, n'osant appuyer le talon par terre, la plaie suppure peu ; il est impossible avec un stylet d'atteindre un point de l'os qui soit dénudé.

Le 6 juin. L'enfant est à Forges. L'articulation tibio-tarsienne droite est ankylosée.

Une fistule conduit le stylet sur le calcanéum dépourvu de périoste. Suppuration assez abondante.

Marche peu. Assez bon état général. (PENNEL.)

OBSERVATION II. — *Carie du calcanéum gauche ; évidement ; amélioration ; puis récidive.* — FOURY (Eugénie), 9 ans, entre à l'hôpital des Enfants-Malades, le 5 mars 1884, salle Sainte-Pauline, lit n° 13. Enfant scrofuleuse, grosses lèvres, teint rouge. La mère est morte tuberculeuse ; une sœur âgée de 13 ans est dans le même service pour des lésions scrofuleuses de l'avant-bras droit.

Notre petite malade est atteinte depuis huit mois d'une suppuration au niveau de la face externe du pied gauche. Par une fistule à bords fongueux, le stylet arrive sur le calcanéum et on y trouve l'os mou et friable dans une assez grande étendue.

Le talon est augmenté de volume. Pas de gêne cependant dans les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne. Ganglions sous-maxillaires volumineux, mais non suppurés.

Le 15 mars. M. de Saint-Germain, après avoir chloroformé l'enfant et appliqué la bande d'Esmarch, fait une incision cruciale au niveau de la fistule. Arrivé sur le périoste du calcanéum, il le décolle autour de la fistule, puis enlève avec la cuiller tranchante de Volkmann tout le tissu osseux malade. Le calcanéum est atteint dans une

assez grande étendue, et l'on creuse dans son intérieur une cavité qui pourrait loger une petite noix.

Lavage avec eau phéniquée à 1/20, puis pansement à l'amadou et charpie.

Le pansement terminé, on enlève la bande d'Esmarch. Le sang teinte le pansement, mais n'est pas assez abondant pour nécessiter une intervention.

Le troisième jour, on retire le premier pansement ; la cavité profonde du calcanéum est largement lavée tous les deux jours avec une solution phéniquée faible, puis on applique de la gaze phéniquée.

Le 20 avril. La plaie est presque cicatrisée, mais le stylet pénètre encore profondément sans rencontrer cependant d'os dénudé.

Le 30. La malade est envoyée à Forges ; la cicatrisation n'est pas achevée ; le talon reste gros, la marche est plus facile qu'avant l'opération ; le stylet ne trouve pas d'os à nu.

Le 6 juin. La malade est en convalescence à Forges ; il existe toujours un trajet fistuleux aboutissant au calcanéum dénudé, des parcelles osseuses s'éliminent de temps en temps. (Pennel.)

Observation III. — *Carie scrofuleuse du quatrième métatarsien gauche; évidement; guérison apparente; récidive.* — Billaudel (Mathilde), 4 ans 1/2, entre le 24 mars 1884, salle Sainte-Pauline, lit n° 2, service de M. de Saint-Germain.

C'est une enfant blonde, pâle, figure triste ; lèvres grosses et à peine colorées.

Elle a eu antérieurement de la blépharite ciliaire et des glandes au cou.

Elle est atteinte de carie du quatrième métatarsien du pied gauche, et la suppuration s'est établie par une ouverture devenue fistuleuse depuis six mois.

Le début de la maladie remonte à treize mois. A cette époque, le pied gauche commence à grossir au niveau du métatarse, occasionnant quelques douleurs et une gêne légère de la marche.

Puis peu à peu, une tuméfaction plus localisée s'est formée sur le bord antéro-externe du pied gauche ; un abcès s'est ouvert spontanément il y a six mois, et l'ouverture de cet abcès ne s'est jamais refermée, livrant passage à un pus mal lié, peu abondant.

L'enfant, autrefois assez colorée, a perdu beaucoup de couleurs.

A l'examen, on constate une augmentation de volume du pied

gauche au niveau des quatrième et cinquième métatarsiens, et une petite ouverture à bords légèrement fongueux, par laquelle le stylet arrive dans un tissu mou, friable, qui fait partie du quatrième métatarsien à la partie moyenne.

L'exploration indique un foyer de carie assez localisé ; il n'existe pas de décollement de la peau, ni de trajets fistuleux multipliés ; quelques gouttes de sang s'écoulent au moment où on retire le stylet.

L'enfant ne tousse pas et n'a pas d'autre altération osseuse.

Le 28 mars 1884, M. de Saint-Germain, après avoir chloroformé la malade, fait une incision longitudinale de 3 centimètres le long du quatrième métatarsien, et après avoir fait usage d'écarteurs, évide le tissu carié avec une curette de Volkmann. Le foyer malade n'est pas très étendu, il peut loger à peu près l'extrémité de la phalangette du petit doigt. M. de Saint-Germain cesse, quand la curette pénètre dans du tissu osseux sain.

Pansement avec amadou trempé introduit dans le foyer et gaze phéniquée par-dessus.

Le troisième jour, on enlève ce pansement, la place a bon aspect.

On continue dès lors des pansements tous les deux jours avec une solution phéniquée à 1/50.

Le 1er mai, l'enfant quitte l'hôpital, la plaie est entièrement cicatrisée.

Dans l'intervalle, elle a contracté la rougeole, qui a évolué d'une façon tout à fait normale, sans amener aucun incident digne d'être noté.

L'enfant quitte donc l'hôpital le 1er mai, sans avoir marché depuis le jour de l'opération. Ses couleurs sont revenues en partie, elle mange ; en un mot, l'état est très satisfaisant.

Localement, le pied est encore un peu gros, mais la fistule et la plaie opératoire sont absolument cicatrisées.

Le 21. La mère de l'enfant l'amène à la consultation ; depuis quatre jours, le pied a de nouveau augmenté de volume, et depuis deux jours, la suppuration a reparu par l'ouverture ancienne.

L'état général n'est pas mauvais, mais l'appétit a diminué. La marche est impossible. (Pennel.)

Quoique la carie soit une affection distincte de l'ostéopériostite chronique, on la rencontre souvent associée avec cette dernière et le grattage, poussé au besoin jusqu'à l'évidement,

amène la guérison ou l'amélioration très notable de cet état morbide.

Observation IV. — *Ostéopériostite de l'extrémité inférieure du tibia; élimination d'un séquestre; évidement; grattage; amélioration.* — Le nommé Devilliers (Louis), 14 ans 1/2, entre à Saint-Côme le 27 février 1884.

Il y a un mois environ, il ressentit d'assez vives douleurs au niveau de l'articulation tibio-tarsienne droite. Porteur de dépêches dans Paris, il continua son service pendant deux ou trois jours, au bout desquels il lui fut absolument impossible de continuer à marcher.

Il se mit au lit avec de la fièvre et des douleurs de plus en plus vives qu'exagérait considérablement une légère pression.

Un médecin mandé chez lui crut à un début de rhumatisme articulaire et lui fit prendre du salicylate de soude pendant une quinzaine de jours.

Au bout de ce temps, s'apercevant que la rougeur et le gonflement du pied ainsi que les douleurs allaient en augmentant, il ordonna l'application d'un emplâtre de belladone qui calma un peu les douleurs pendant les premiers jours de son application.

L'état local continuant à s'aggraver de plus en plus, l'enfant est envoyé à l'hôpital le 27 février.

A son entrée, nous constatons que toute la partie inférieure externe et antérieure de la jambe est rouge, gonflée, tendue, et que ce gonflement s'étend jusqu'à la partie moyenne du pied. Douleurs spontanées très vives. Fièvre.

La palpation provoque de très vives douleurs et permet de sentir de la fluctuation profonde fort nettement accentuée.

Après chloroformisation, large et profonde incision à la partie externe et inférieure de la jambe. Le doigt, introduit dans la plaie, permet de sentir le tibia dénudé. Par l'ouverture, sortie de pus granuleux en assez grande quantité. Cataplasmes phéniqués.

Le soir, la douleur a beaucoup diminué ; la fièvre est presque nulle.

1er mars. L'amélioration continue. Le gonflement du pied et celui de la partie inférieure de la jambe ont beaucoup diminué.

Le 15. Le gonflement n'existe plus, mais la suppuration persiste en moins grande abondance par une ouverture fistuleuse.

Le 20. Même état.

Le 24. La plaie s'est complètement refermée, mais le gonflement a reparu. On sent, à la palpation, la présence d'un séquestre mobile.

2 avril. Chloroforme. Incision. Sortie d'un séquestre mobile absolument détaché des parties voisines. Grattage avec la cuiller. Pansement de Lister.

Le 6. Le pansement est enlevé. Plaie en bon état. Pansement à l'iodoforme.

Le pansement à l'iodoforme est continué jusqu'au 20 avril.

La cicatrisation se fait difficilement et il existe toujours une légère suppuration, ainsi qu'un peu de gonflement.

1er mai. Toujours même état. Un peu de gonflement et d'inflammation autour de la plaie. Cataplasmes.

Le 8. Assez bon état relatif. Suppuration presque nulle. Pas de douleurs.

On fait lever le malade avec défense de le faire marcher.

Le 16. L'état inflammatoire des parties voisines de la plaie s'est accentué. Séjour au lit. Cataplasmes.

Le 22. Amélioration locale et générale sous l'influence du repos; dès que l'on fait relever le malade, et qu'il laisse quelques heures sa jambe dans la position verticale, le gonflement reparaît.

Le 25. L'enfant est envoyé en convalescence. Il marche très difficilement sans l'aide de béquilles. (Florand.)

Observation V. — *Ostéopériostite du cubitus droit; évidement; guérison.*— Vidal (Marie), âgée de 14 ans 1/2, entre à l'hôpital des Enfants-Malades, service de M. de Saint-Germain, salle Sainte-Pauline, n° 21, le 27 février 1884.

Cette jeune fille, réglée depuis un an, grande, blonde, bien développée, a perdu sa mère alors qu'elle était encore enfant; le père est bien portant. Ni frères ni sœurs.

Elle n'a eu aucune maladie de quelque importance, pas de maux d'yeux, pas de ganglions sous-maxillaires engorgés.

Au commencement du mois de décembre 1883, l'enfant se cogne le coude droit : aussitôt survint un gonflement considérable, une lymphangite et bientôt un abcès volumineux.

En janvier 1884, un médecin fit une incision le long du cubitus, à deux travers de doigt au-dessous de l'olécrâne; il s'en écoula une quantité de pus considérable, et le gonflement de l'avant-bras dimi-

nua notablement; on ne peut savoir si l'incision fut poussée jusque sur le cubitus.

Après une amélioration passagère, l'avant-bras, au voisinage du coude, devint de nouveau douloureux, tendu.

Non seulement l'écoulement purulent continuait par l'incision, mais encore deux ouvertures se firent spontanément, un peu plus bas et en dedans de la première, par lesquelles s'écoulait un pus mal lié.

En février 1884, la malade entre à l'hôpital. Elle n'accuse pas une diminution appréciable des forces et les douleurs occasionnées par sa lésion du coude sont supportables.

Nous constatons, à 2 centimètres environ au-dessus de l'olécrâne, du côté droit, à la partie postérieure de l'apophyse coronoïde, les trois ouvertures qui donnent passage au pus.

Par l'une des fistules formées en dernier lieu, le stylet arrive directement dans le tissu osseux du cubitus, mou, friable, se *laissant* pénétrer aisément; mais l'altération osseuse ne paraît ni profonde, ni bien étendue en largeur.

Ce que l'on constate en outre, c'est un décollement de la peau, autour de cette fistule, décollement de 5 centimètres de largeur, 4 de hauteur, allant d'une part jusqu'au voisinage de l'olécrâne et s'étendant peu en bas.

Le gonflement des tissus au-dessus et au-dessous du point malade n'est pas très intense. Les mouvements du coude sont entièrement libres.

On ne trouve sur la malade aucune trace de lésion osseuse. Pas de cicatrices d'abcès ganglionnaires.

La menstruation a toujours été régulière depuis le début de la maladie.

En somme, il s'agit là d'un foyer de carie peu étendu, consécutif à une ostéopériostite du cubitus qui, elle-même, était due au traumatisme.

8 mars 1884. La malade étant chloroformée, M. de Saint-Germain fait, au bistouri, une incision longitudinale de 4 centimètres, à 2 centimètres 1/2 au-dessous de l'olécrâne; cette incision suit le bord postérieur du cubitus droit et est située un peu plus en dehors que l'incision primitive. On place deux écarteurs et il est procédé, après décollement du périoste autour de la fistule, à l'évidement du cubitus. Le curage se fait avec la cuiller de Volkmann, et demande quelques

minutes seulement. En effet, la cavité creusée dans le cubitus aurait pu loger à peine une fève. Quand M. de Saint-Germain s'est bien assuré que la cuiller de Volkmann est en contact avec le tissu sain, il lave la plaie avec une solution phéniquée à 1/20, puis applique un pansement comprenant des rondelles d'amadou trempées dans une solution phéniquée et exprimées avec soin. Ces rondelles sont introduites dans la cavité osseuse et superposées. Par-dessus on met de la charpie et un bandage roulé.

Il s'est écoulé peu de sang pendant l'opération, et il n'a pas été nécessaire de faire une seule ligature.

Le pansement est changé le troisième jour et remplacé par une simple application de gaze trempée dans une solution phéniquée à 1/100e.

La cicatrisation marche sans accident, et la plaie se referme le 3 avril.

Mais une des ouvertures fistuleuses anciennes se rouvre le 8 avril; du pus s'en écoule, peu abondant, toutefois; avec un stylet, on n'arrive pas sur le cubitus, mais on trouve un décollement de la peau, aussi étendu qu'avant l'évidement, mesurant 4 centimètres de hauteur et 6 centimètres de largeur.

On cesse dès lors les pansements phéniqués et on applique sur l'avant-bras des bandelettes de Vigo. Ces bandelettes sont changées tous les huit jours.

A partir du 10 avril, on constate une amélioration lente, mais réelle, de l'état local ; le décollement diminue peu à peu d'étendue.

Enfin, le 3 juin, toutes les fistules et incisions sont cicatrisées, le coude a repris son volume normal ; il existe un léger épaississement du cubitus au niveau de la partie évidée.

Les mouvements du coude, ceux de pronation et supination, sont faciles et ne causent aucune gêne.

L'état général est excellent.

Pendant son séjour à l'hôpital, la malade a pris constamment du sirop d'iodure de fer, ou de l'huile de foie de morue.

Elle quitte l'hôpital le 7 juin et part en convalescence à Vaugirard. (PENNEL.)

OBSERVATION VI. — *Ostéopériostite du tibia; évidement; guérison.* — Gueine (Jeanne), 7 ans 1/2, entrée le 28 novembre 1883, salle Sainte-Pauline, lit n° 10, service de M. de Saint-Germain. Enfant pâle,

chétive, atteinte depuis six mois de fistules au niveau de la partie antérieure et inférieure des tibias (1/4 inférieur), par lesquelles le stylet pénètre jusqu'à l'os dénudé et carié.

Le 15 mars 1884, la malade demeurant toujours couchée, une des fistules, celle du tibia gauche, s'est fermée. Celle de droite, au contraise, suppure toujours. M. de Saint-Germain se décide à faire l'évidement de l'os,

Le 18. L'enfant est chloroformée. Pas de bande d'Esmarch.

Incision de 8 centimètres de longueur le long du tibia droit au-dessus et au-dessous de la fistule. Avec la curette de Volkmann, M. de Saint-Germain enlève toute la partie du tibia atteinte de carie. La cavité, une fois le tissu malade enlevé, peut loger une petite noisette.

Pansement à l'amadou, charpie, bande roulée. Le troisième jour on retire l'amadou, la plaie est en bon état. On pratique depuis le 21 mars des lavages à l'eau phéniquée, puis on panse avec la gaze phéniquée. La plaie bourgeonne bientôt, se fermant peu à peu.

20 avril. Une cicatrice rougeâtre est formée. La suppuration a complètement cessé.

L'état général est meilleur. Les couleurs reviennent.

Le 25. La malade marche sans douleur, et sans que les trajets fistuleux anciens des jambes se rouvrent.

Le 30. Elle quitte l'hôpital, et part en convalescence à Forges-les-Eaux.

A la date du 6 juin, la malade est à Forges. Les plaies sont fermées, il n'y a pas de douleurs, et la marche est facile. (Pennel.)

Observation VII. — *Ostéopériostite ancienne du fémur; abcès froid de la cuisse; guérison par résolution en cinq semaines.* — Thill (Augustine), 14 ans et demi, demeurant à Aubervilliers, entre le 9 mai 1884 à l'hôpital des Enfants-Malades, service de M. de Saint-Germain, salle Sainte-Pauline, nº 17. C'est une jeune fille brune, aux joues colorées, aux lèvres fortes, non encore réglée.

A l'âge de 8 ans, elle eut une ostéopériostite du fémur droit, pour laquelle elle fut soignée aux Enfants-Malades, par M. de Saint-Germain. Celui-ci fit une grande incision à la face interne de la cuisse, par laquelle sortit plus tard un fragment d'os nécrosé.

L'enfant demeure un an aux Enfants-Malades; elle va ensuite à l'hôpital de Berck-sur-Mer, où elle reste deux ans en traitement.

Pendant son séjour à Berck, la plaie de la face interne de la cuisse se cicatrisa, mais un autre abcès se forma en dehors.

M. Cazin fait une longue incision de 10 à 12 centimètres à la face externe et à la partie inférieure de la cuisse, et en retire un volumineux séquestre.

Pendant les deux ans qu'elle passa à Berck, l'enfant marchait avec des béquilles.

Elle quitte Berck, il y a trois ans, à l'âge de 11 ans et demi. Les plaies de la cuisse étaient fermées ; le fémur demeurait gros, non douloureux, et la malade marchait sans boiter.

Jusqu'à fin d'avril 1884, bonne santé générale et aucun accident local.

Vers le 28 avril 1884, la jeune fille, sans cause appréciable, ressent des douleurs assez vives dans la cuisse droite, à la partie supérieure; la marche devient moins facile; elle éprouve, la nuit, des élancements de la cuisse, qui augmente progressivement de volume.

9 mai. Elle entre à l'hôpital, boitant notablement.

Pas de fièvre. État général satisfaisant.

Cuisse droite très volumineuse en haut et en dedans. Pas de changement de couleur de la peau.

Pas de chaleur au palper.

Les mouvements de la hanche et du genou droit sont libres.

A la partie interne et supérieure de la cuisse, dans une étendue de 12 centimètres à peu près, on sent, accolée au fémur et pouvant être soulevée, une tumeur dure, irrégulière, tendue, avec une sorte d'étranglement au milieu. Cette tumeur non fluctuante est profonde et douloureuse au palper. La pression détermine des battements vivement sentis par la malade.

La masse semble immédiatement accolée au fémur; cependant elle peut être saisie entre les doigts et mobilisée en totalité.

Son étendue en dedans et en arrière paraît être de 5 à 6 centimètres; en hauteur, nous l'avons dit, elle mesure à peu près 12 centimètres.

Plus volumineuse à la partie supérieure, où elle arrive au sommet du triangle de Scarpa, elle est moins large à la partie inférieure. (La cuisse droite mesure 4 centimètres de circonférence de plus que la gauche.)

En huit jours, cette tumeur aurait pris, au dire de la malade, un très grand développement.

Pas de ganglions engorgés. Pas de vascularisation superficielle, ni de souffle profond.

Il s'agit là, en somme, d'un volumineux abcès froid, à parois épaisses, développé autour d'un os antérieurement malade, puisque l'on sent nettement l'extrémité inférieure du fémur, au moins double, comme volume, de celui du côté gauche, et que les cicatrices des ouvertures d'abcès anciens sont adhérentes à l'os.

Outre cet abcès froid, la malade est atteinte d'un spina ventosa du médius gauche, depuis huit ans.

Traitement. — Repos au lit. Badigeonnage de teinture d'iode tous les deux jours. Huile de foie de morue à l'intérieur.

17 mai. Le médius gauche est amputé au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne (amputation circulaire).

Les suites de l'amputation sont des plus simples, et quinze jours après, la plaie opératoire est cicatrisée. Pendant ce temps, la tumeur de la cuisse droite, non seulement n'augmentait pas, mais diminuait rapidement de volume.

Les douleurs, que la malade ressentait à la pression, cessent en quelques jours; la masse devient de plus en plus mobile et indolente; elle diminue à la fois en hauteur et en largeur.

5 juin. Il n'y a plus trace de cet énorme abcès, la cuisse est normale comme aspect, et mesure la même circonférence que la gauche.

Le fémur, à ce niveau, n'est pas augmenté de volume.

L'abcès a disparu sans laisser aucune trace.

Le 6. La malade commence à se lever; la marche est facile. La jeune fille ne ressent aucune gêne.

Le 9, elle quitte l'hôpital dans un excellent état général. (Pennel.)

Nous n'avons pas, à dessein, éliminé de notre exposition l'observation précédente, dans laquelle l'expectation a été suivie de la guérison d'un abcès froid, comme il est toujours intéressant de le constater, ni l'observation IV, dans laquelle l'évidement a servi à compléter l'élimination d'un séquestre après une ostéopériostite dont les premiers symptômes, rapportés à tort par le médecin traitant au rhumatisme articulaire aigu, auraient dû plutôt faire songer à une ostéomyélite. On voit quels services le gratte-os, l'évidoir, et surtout la curette de Volkmann sont appelés à rendre entre les

mains d'un habile chirurgien, sans l'exposer aux fêlures souvent intra-articulaires qui suivent l'emploi de la gouge, de la tréphine ou du trépan dans certaines régions, et doivent faire renoncer à ces instruments lorsque l'emploi n'en est pas impérieusement indiqué par la nécessité de pénétrer promptement et sûrement dans le canal médullaire.

DES CALCULS VÉSICAUX CHEZ LES ENFANTS.

DE LEUR TRAITEMENT.

Par P.-E. Launois, interne des hôpitaux.

Cette étude comprendra deux parties bien distinctes : dans la première, nous résumerons les différents symptômes qui permettent au chirurgien de reconnaître l'existence d'une pierre dans la vessie et les causes d'erreurs qu'il peut rencontrer dans son examen. Dans la seconde, nous nous occuperons des différents modes de traitement et des résultats que l'on peut attendre de chacun d'eux.

Les calculs vésicaux sont assez fréquents chez les enfants, et, pour se convaincre de cette fréquence, il suffit de relire les statistiques publiées par Gross, Prout, Thompson, Tholozan, Fournier, Guersant, de Saint-Germain. A l'hôpital des Enfants, on observe, chaque année, 4 à 5 petits malades atteints de pierre; il nous a été donné d'en rencontrer 7 pendant le cours de nos études médicales.

Les *symptômes du début* sont, en général, méconnus, et, le plus souvent, l'attention des parents n'est éveillée que lorsque quelques-uns d'entre eux ont une certaine acuité. Ils ont, en effet, remarqué que l'enfant urinait plus souvent qu'à l'ordinaire, que ses besoins étaient pressants, que la miction était douloureuse; ils ont même fréquemment eu recours à différents moyens, et, en particulier, aux tisanes diurétiques, qui ne font qu'augmenter l'envie d'uriner. La douleur devenant plus

vive, le chirurgien est consulté et, par un examen méthodique du petit malade, il lui est possible de reconnaître l'existence d'un calcul vésical. Quels sont les éléments de son diagnostic ?

La *fréquence de la miction* est un des symptômes les plus constants; les enfants, on le sait, urinent assez souvent dans la journée à l'état normal; leur vessie se contracte dès qu'elle contient une faible quantité d'urine. La présence d'un corps étranger, irritant la muqueuse, devient la cause de besoins très fréquents; ceux-ci sont urgents : s'ils ne peuvent être satisfaits immédiatement, l'enfant laisse écouler volontairement de l'urine dans ses vêtements ou dans son lit, sans que pour cela il y ait incontinence vraie. Chez un de nos petits malades, on avait pu croire à une véritable incontinence ; un autre urinait dix à quinze fois dans l'espace d'une heure. On a accordé une grande importance à l'*arrêt brusque du jet de l'urine*, mais ce symptôme est très rare.

La *miction est très douloureuse;* le plus souvent, il est impossible de préciser si la douleur est plus vive à la fin, au moment des dernières contractions de la vessie. Un point important à noter, c'est l'extrême acuité de cette douleur : elle arrache des cris aux petits malades qui se plaignent de souffrir surtout dans le bas-ventre et à l'extrémité de la verge. Ils tiraillent alors sur le gland et le prépuce et c'est, sans aucun doute, à une congestion chronique qu'il faut attribuer l'augmentation de volume de ces organes. La crise douloureuse persiste pendant un quart d'heure environ après la miction, mais elle revient bientôt dès qu'une nouvelle quantité d'urine est évacuée.

Ces deux symptômes que nous venons d'étudier, fréquence et douleur de la miction, sont surtout très marqués pendant le jour et surtout quand l'enfant fait des mouvements. Il en est de même de l'*hématurie*, qui apparaît et revient presque toujours à la suite d'une course. L'hématurie, lorsqu'elle existe, constitue un signe excellent. « Toutes les fois qu'on nous a dit qu'un enfant urinait du sang, nous avons pensé à

un calcul, et, le plus souvent, nous ne nous sommes pas trompé » (de Saint-Germain) (1). — Cette hématurie, lorsqu'elle existe, se présente avec les caractères qui ont été si minutieusement analysés par notre maître M. Guyon. C'est lorsque l'enfant a couru qu'on l'observe ou lorsqu'il a fait une promenade dans une voiture mal suspendue; elle disparaît la nuit et n'a, en général, qu'une durée très courte. Il arrive parfois aussi que quelques gouttes de sang sont mélangées à l'urine à la fin de la miction, sans que pour cela il y ait hématurie véritable.

L'urine peut avoir conservé ses caractères normaux; nous savons aujourd'hui ce que l'on doit penser de la cystite des calculeux et nous renvoyons au travail de notre ami Hache (2) sur ce sujet. On trouve parfois un peu de mucus, plus rarement du pus; nous avons noté déjà la présence du sang; quant à l'acide urique, il est rare d'en rencontrer; l'examen microscopique permettra seul de constater quelques cristaux.

Cet ensemble symptomatique permettra de supposer l'existence d'un calcul, l'exploration de la vessie confirmera le diagnostic. On pourrait croire, au premier abord, que la recherche d'un calcul soit facile dans la vessie d'un enfant; mais la longue pratique de M. Guyon (3) lui a appris qu'il n'en était pas ainsi et nous tenons à citer les lignes suivantes que nous lui empruntons. « Chez l'enfant, la vessie a une grande capacité, des parois molles et dépressibles. Il n'y a, pas plus que chez la femme, de col bien constitué, parce qu'il n'y a pas de prostate, aussi la recherche des pierres chez l'enfant est-elle assez souvent plus difficile que chez l'homme. En d'autres termes, la recherche de la pierre dans une vessie sans prostate est plus difficile que lorsqu'il y en a une. Dans la vessie

(1) De Saint-Germain. *Leçons cliniques professées à l'hôpital des Enfants*, p. 659.

(2) Hache. *Étude sur les cystites*, thèse de doctorat. Paris, 1884.

(3) Guyon. *Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires*, p. 837 et suivantes.

de l'enfant, il n'existe pas de point (pas de bas-fond) où le corps étranger puisse habituellement se rendre et demeurer. La position est indifférente, et, comme la cavité vésicale est vaste, que ses parois sont dépressibles, la pierre que vous poursuivez, que vous cherchez dans toute l'étendue de cette poche, peut vous échapper et n'être que difficilement rencontrée. J'ai eu plusieurs fois l'honneur d'être consulté par des collègues habitués à l'exploration de la vessie chez l'enfant; ils avaient le sentiment qu'une pierre devait exister, mais n'avaient pu la rencontrer. J'ai passé par toutes les difficultés qu'ils avaient éprouvées. »

Lorsqu'on procède à la recherche d'un calcul chez un enfant, il faut avant tout recourir au chloroforme; sans l'anesthésie, on aurait en effet une véritable lutte à soutenir avec le petit malade, et, quand même il se prêterait à l'examen, la vessie, très contractile, s'opposerait à une exploration méthodique.

Le rectum devra être vidé le matin même à l'aide d'un lavement. L'enfant étant couché sur le dos, on pratique le toucher rectal; en combinant ce mode d'exploration au palper hypogastrique, on peut se rendre compte de la présence du calcul dans tous les cas où son volume est considérable; il est facile, en effet, de saisir entre la main qui palpe le bas-ventre et le doigt introduit dans le rectum le corps étranger, surtout s'il est situé à la partie inférieure, au voisinage du col.

Nous avons plusieurs fois pu nous rendre compte, par le toucher rectal, de la présence d'une grosse pierre et de l'état de la paroi vésicale. Dans les cas où le calcul est peu volumineux, cette pratique ne fournit aucun résultat, mais on doit toujours et quand même y recourir.

Le bassin ayant été soulevé sur un coussin, l'exploration de l'urèthre sera faite à l'aide d'un explorateur mou à bout olivaire; cet instrument indique que le canal est libre, qu'aucun corps étranger ne s'est engagé et permet souvent, lorsque son extrémité a pénétré dans la vessie, de diagnostiquer un calcul à cause de la sensation toute spéciale qu'il donne sur une surface rugueuse.

L'examen de la cavité vésicale peut être fait avec une sonde d'argent à petite courbure, que l'on chauffe préalablement en la frottant avec une compresse, ou à l'aide d'un explorateur métallique du modèle de celui de M. le professeur Guyon, mais de volume plus petit.

Est-il nécessaire d'injecter du liquide dans la vessie? Cette pratique a été conseillée par bon nombre d'auteurs. Il faut que les parois soient modérément écartées l'une de l'autre, afin que l'on puisse manœuvrer le bec de l'instrument explorateur, mais la quantité de liquide ne doit pas être considérable. Une distension trop grande du réservoir de l'urine devient elle-même la source d'obstacles : la pierre étant très mobile fuit devant l'instrument, et le chirurgien peut en méconnaître la présence, alors même qu'elle existe. L'injection sera faite avec une solution boriquée tiède; on se sert ordinairement d'une solution d'acide borique à 3 grammes pour 100; il suffira d'en injecter 50 à 80 grammes. L'exploration de la cavité vésicale doit être méthodique : on explorera chacune des régions avec le plus grand soin, en donnant à l'instrument une inclinaison différente. On pourra aussi, lorsqu'on aura reconnu le calcul, en faire la percussion par de petits mouvements imprimés à l'explorateur : cette manœuvre fera entendre un bruit tout spécial qui deviendra un signe de certitude. Le volume du calcul peut être déterminé d'une façon approximative par l'étendue du contact. Pour arriver à une précision plus grande, il faut recourir au lithotriteur, mais on doit réserver cette manœuvre et ne la pratiquer qu'au moment même de l'opération. Quand on s'est servi d'une sonde d'argent comme explorateur, on peut, au moment même de l'évacuation du liquide contenu dans la vessie, avoir une sensation de choc tout à fait spéciale, la pierre, très mobile, venant frapper contre le bec de l'instrument.

Les *complications* que l'on observe chez les enfants atteints de pierre ont, pour la plupart, leur source dans les nombreux efforts que font les petits malades pour vider leur vessie. C'est ainsi qu'on observe la formation de hernies et surtout le pro-

lapsus dù rectum. Cet accident est si fréquent qu'on pourrait presque le ranger parmi les symptômes ordinaires du calcul des enfants. Il nous a été donné de l'observer plusieurs fois; chez un enfant dont nous rapportons plus loin l'observation, il y avait une invagination rectale qui mesurait soixante centimètres.

Parmi les complications les plus graves, il nous faut signaler celles qui surviennent à une époque éloignée du début des accidents, lorsque le chirurgien n'a pas été appelé. L'enfant perd son appétit et ses forces; il ne dort plus à cause des douleurs épouvantables qu'il ressent à chaque instant, soit dans le bas-ventre, soit à l'extrémité de la verge. Puis survient l'amaigrissement : la mort succède alors à l'épuisement. On peut voir survenir aussi des douleurs rénales, les urines sont purulentes et fétides, les manifestations ultimes sont celles d'une pyélo-néphrite. Parfois aussi chaque émission d'urine, à cause de l'acuité de la douleur, s'accompagne de phénomènes nerveux convulsifs. Deux fois, nous avons noté la phthisie pulmonaire.

Nous avons, dans les pages précédentes, réuni toutes les données sur lesquelles s'appuie le diagnostic; il nous faut maintenant résumer les *causes d'erreurs* que peut rencontrer le chirurgien dans son examen.

Le phimosis peut donner lieu à de la douleur, déterminer même l'obstruction de la voie qui doit donner passage à l'urine et consécutivement du ténesme et de la procidence de l'anus. Ces troubles seront d'autant plus marqués que le prépuce sera plus long et l'orifice plus étroit, car, dans ces cas, l'urine s'accumule entre le gland et son enveloppe et ne sort ensuite qu'au prix de violents efforts. Jamais le phimosis ne s'accompagne d'hématurie. La simple inspection de la verge suffira pour reconnaître l'affection.

Quelques-uns de ces symptômes peuvent se retrouver dans l'atrésie congénitale du méat qui sera, d'ailleurs, facilement reconnue.

L'introduction d'un corps étranger dans l'urèthre peut s'ac-

compagner de gêne dans l'émission de l'urine et même de rétention complète. Si le corps étranger a pénétré jusque dans la vessie, il est important de se rendre compte de sa forme, de son volume, de sa mobilité ; il peut devenir le point de départ d'une véritable concrétion, comme cela s'observe chez les petites filles, et on se trouve alors en présence d'un véritable calcul. Il est souvent difficile d'obtenir des aveux de l'enfant, mais nous ne croyons pas que cela soit impossible.

Un dernier groupe d'affections peu étudiées jusqu'alors est celui des cystites de l'enfance. Nous en rapportons trois observations que nous avons recueillies ; chez nos petits malades, nous avons noté plusieurs des symptômes propres aux calculs et nous avons plus d'une fois rencontré des difficultés pour formuler notre diagnostic.

Dans sa trente-troisième leçon (1), notre excellent maître, M. de Saint-Germain, a fait allusion au petit malade dont nous tenons à rapporter l'histoire complète, car elle a été pour nous d'un enseignement bien précieux.

Observation I (personnelle). — Le 23 octobre 1882, le jeune Roussillon (Charles), âgé de 4 ans 1/2, est admis à l'hôpital des Enfants, salle Saint-Côme, nº 23; ses parents, qui l'accompagnent, nous apprennent que leurs cinq autres enfants sont bien portants, et que le sixième, notre petit malade, a toujours été souffrant depuis l'âge d'un an ; il aurait, à cette époque, présenté de nombreuses manifestations de rachitisme et du carreau. Les troubles urinaires datent de deux ans environ ; la miction, devenue très fréquente, s'accompagnait de douleurs très vives. Depuis cette date aussi, à la suite d'efforts répétés, le rectum a commencé à sortir ; le prolapsus a été en augmentant, et, il y a six semaines, la portion de muqueuse saillante mesurait 60 centimètres. De plus, la mère a remarqué que l'enfant tiraillait à chaque instant sa verge; elle n'a jamais noté d'hématurie. Des douleurs dans le bas-ventre ont une très grande acuité depuis une quinzaine de jours. L'enfant urine très souvent, et, à chaque miction, le prolapsus rectal se forme; la portion saillante

(1) De Saint-Germain. *Loco citato*, p. 682.

est difficile à réduire, et chaque réduction, faite par la mère, s'accompagne d'une hémorrhagie assez abondante. L'enfant dort très peu; malgré cela, il mange avec assez d'appétit et n'a pas de fièvre.

En examinant le petit malade, ce qui nous frappe d'abord, c'est la longueur et le volume de la portion de rectum qui forme le prolapsus; elle mesure une hauteur de 20 centimètres, et a une circonférence de 8 centimètres au niveau de sa partie moyenne. En examinant le sommet, on trouve un peu à droite un petit orifice au niveau duquel la muqueuse s'enfonce; on peut y introduire l'index, et il se laisse assez facilement dilater, au point d'admettre deux et même trois doigts.

La muqueuse rectale est d'un rouge violacé; elle saigne très facilement; en certains points, elle est recouverte de masses glaireuses jaunâtres. La réduction est très difficile; elle est très douloureuse; elle est l'occasion d'une véritable lutte avec l'enfant.

Quelles que soient les précautions employées, il s'écoule *toujours*, après la réduction, une notable quantité de sang.

La fréquence de la miction est très grande; le besoin d'uriner se fait sentir 5 ou 6 fois par heure. La douleur est très vive et paroxystique. La verge et surtout le gland ont acquis un volume qui n'est point en rapport avec l'âge. Après chloroformisation, une sonde à petite courbure est introduite dans la vessie : il s'écoule 20 grammes d'une urine purulente. L'exploration de la face interne de la vessie permet de reconnaître l'existence d'un corps dur, résistant, rugueux, assez volumineux. Cet examen est contrôlé par notre collègue Broussin, ancien interne de M. le professeur Guyon. Le toucher rectal ne peut être pratiqué à cause de l'invagination du gros intestin.

Le diagnostic semblait s'imposer, et nous concluons à l'existence d'un calcul volumineux avec prolapsus rectal consécutif aux efforts de la miction.

La chute du rectum avait, comme nous l'avons indiqué plus haut, de telles disproportions que l'on dût, tout d'abord, chercher à obtenir une réduction permanente. Dans ce but, on fait, les 27, 28, 29 octobre, au voisinage de l'anus, des injections sous-cutanées d'ergotine (solution ordinaire).

Le contenu d'une seringue de Pravaz sert pour deux injections.

L'intestin n'en continue pas moins à sortir; la réduction devient de plus en plus difficile; la muqueuse, par suite de la pression répétée des doigts, présente de petites ecchymoses et de petites ulcéra-

tions déterminées probablement par les ongles. Les crises douloureuses sont fréquentes; l'enfant pousse des cris aigus, s'agite, tiraille sa verge, rend quelques gouttes d'urine et expulse une partie de son rectum.

Le 31 octobre, j'introduis dans l'ampoule, après réduction complète de la muqueuse, un petit ballon en caoutchouc (pessaire Gariel, nº 3). Le ballon est laissé quelques heures en place; mais peu de temps après qu'on l'a retiré, la hernie se reforme.

La même tentative ne donne pas de résultats meilleurs; le ballon nº 3, ayant été expulsé avant l'intestin, est remplacé par un ballon plus volumineux, nº 2. Après la dilatation de l'ampoule de caoutchouc, survient ordinairement une crise douloureuse accompagnée de cris affreux. On fait prendre à l'enfant quelques pilules d'opium d'un centigramme, et chaque jour une cuillerée de sirop de belladone.

Le ballon étant mieux supporté, je l'introduis dans le rectum, le 3 novembre, à 9 heures 1/2 du matin. L'enfant le garde toute la journée; le soir, à la visite, l'état n'étant pas mauvais, le ventre n'étant ni douloureux, ni ballonné, je me décide à laisser l'ampoule de caoutchouc en place pendant une partie de la nuit. Malgré les ordres formels donnés à l'infirmière, celle-ci ne nous prévient pas que des accidents graves sont survenus pendant la nuit; l'enfant n'a pu dormir, des vomissements ont commencé vers une heure du matin.

A neuf heures du matin, le 4 novembre, le petit malade vient de vomir des matières verdâtres, très liquides. Le facies est jaune, les yeux creux, la langue sèche et noire, les lèvres fuligineuses ; la peau est froide, l'anorexie complète. En présence de la gravité de ces symptômes péritonéaux, le ballon est rapidement enlevé; il s'écoule des matières liquides en assez grande abondance. L'opium est continué.

Le 5 novembre, les vomissements ont complètement disparu; le soir, la situation est meilleure, mais l'état est toujours grave. La chute du rectum ne se reproduit plus. Mais, en examinant le malade, le 8 novembre, on aperçoit, au niveau de l'anus, une masse jaunâtre qui se prolonge dans la cavité du rectum et qui ressemble à une portion de l'intestin sphacélé ; cette masse est encore fixée solidement au parties profondes. Quatre jours après, le lambeau sphacélé s'est détaché spontanément; nous n'avons pas pu l'examiner au microscope.

Depuis ce jour, l'enfant va mieux : il est beaucoup plus gai, il a

retrouvé l'appétit, tout en conservant une diarrhée abondante, qui fut traitée par des lavements amidonnés et opiacés.

Les troubles de la miction ont conservé à peu près la même intensité; les paroxysmes douloureux sont toujours aussi fréquents. Nous avions, mon collègue Broussin et moi, fait le diagnostic de calcul volumineux; M. de Saint-Germain, après une exploration méthodique, avait conservé quelques doutes. Quoi qu'il en soit, tout avait été préparé pour faire la taille hypogastrique.

On nous permettra d'emprunter les détails complémentaires de cette observation à notre maître, car il décrit, mieux que nous ne pourrions le faire, toutes les péripéties par lesquelles nous sommes passé.

« Le malade, transporté sur un lit bien disposé en plan incliné, fut anesthésié et cathétérisé à l'aide de la sonde à robinet. Une injection de 140 grammes de liquide fut pratiquée. J'explorai la vessie d'avant en arrière et sur les parties latérales; il me fut absolument impossible de trouver, en aucun point, la résistance sonore d'un calcul. En tournant le bec de la sonde à gauche, je trouvais bien un plan plus résistant qu'à l'état normal, mais, je le répète, je ne provoquais pas, par le choc de mon instrument, ce son si clair, si net, qui révèle la présence d'un calcul.

Poussant plus loin mon investigation, je pratiquai le toucher rectal. Je sentis facilement la sonde métallique dans toute son étendue. mais je ne trouvai rien, absolument rien, entre la sonde et le basfond de la vessie.

Je retirai alors ma sonde, et plongeant l'index droit dans le rectum et déprimant la paroi abdominale, je pus très nettement apprécier, à travers les parois abdominales, le contact de mes deux mains, sans qu'aucun corps étranger fut interposé entre elles. Evidemment, la vessie était vide. Le toucher rectal nous a aussi incidemment permis de constater l'existence d'un point rétréci, à environ 8 centimètres de l'anus. Ce rétrécissement, peu étroit du reste, résulte du travail réparateur, après l'élimination d'une portion d'intestin sphacélée, à la suite du ballonnement rectal. Je dois dire, du reste, que pendant toutes ces manœuvres exploratrices, le rectum n'est pas sorti. Tout au plus avons-nous observé une petite boursouflure en forme de rosette, laquelle n'avait aucune espèce de rapport avec l'énorme chute dont je vous ai fait la description en commençant. »

Quelques jours après, l'enfant fut repris par ses parents, et nous ne savons pas ce qu'il est devenu.

Cette observation est, comme a pu s'en convaincre le lecteur, fort instructive ; elle montre combien nombreuses sont les causes d'erreur et combien grandes sont les précautions que doit prendre le chirurgien, alors même que tout l'invite à opérer.

Observation II (personnelle). *Cystite chez un enfant de 10 ans 1/2 ; guérison.* — Dans cette seconde observation, se trouvent réunis plusieurs des symptômes qui sont à juste titre considérés comme pathognomoniques de l'existence d'un calcul vésical ; mais un examen complet du malade et la marche de l'affection nous ont permis de reconnaître qu'il s'agissait d'une cystite.

Le 11 juillet 1884, on nous amène, à la consultation externe de l'hôpital Necker, le jeune Maurice Tifene..., âgé de 10 ans 1/2. Les troubles urinaires sont apparus sans cause bien appréciable en novembre 1883. La miction était devenue très fréquente ; le besoin d'uriner était très pressant et se faisait sentir toutes les heures pendant le jour ; pendant la nuit, l'enfant urinait cinq ou six fois. L'émission de l'urine s'accompagnait d'une douleur très vive, dont l'acuité était surtout marquée à la fin de la miction au moment des dernières contractions de la vessie. La mère, qui nous communique tous ces détails, avait remarqué que l'urine était trouble et épaisse.

Un médecin, appelé presque aussitôt, ordonne des suppositoires calmants, des bains de siège prolongés, des balsamiques (perles de térébenthine).

Le sixième jour après le début de ces accidents, l'urine contient du sang ; celui-ci s'écoule avec les dernières gouttes d'urine. Ces symptômes persistent pendant plusieurs mois et leur intensité augmente à certains moments, sans qu'il soit possible d'en préciser la cause. L'enfant maigrit un peu, il n'a pas de fièvre, son appétit est conservé.

Trois jours avant notre examen, la fréquence et la douleur de la miction sont ce qu'elles étaient au début de la maladie. L'émission de l'urine, le 11 juillet, se répète toutes les heures ; la nuit, l'enfant s'est levé deux fois. L'urine est claire : elle ne contient pas de sang ni de graviers, mais seulement un peu de mucus.

Le 18 juillet, l'enfant est anesthésié. Le toucher rectal, combiné au palper abdominal, ne donne pas la sensation d'un corps étranger intra-vésical ; les parois de la vessie ne sont point épaissies et ont conservé leur souplesse. Après injection de 30 grammes de solution

boriquée tiède dans la vessie, on en pratique l'exploration à l'aide d'un instrument métallique à petite courbure. Cette recherche est négative. M. le professeur Guyon, qui examine l'enfant, ne constate aucun des signes ordinaires des calculs vésicaux et confirme notre diagnostic de cystite. Il conseille de faire prendre à l'enfant, tous les jours, une potion contenant un gramme de chlorate de potasse. Au bout d'un mois, la dose de chlorate est portée à deux grammes.

L'amélioration ne se fait pas longtemps attendre; les douleurs ont disparu, la miction n'est plus fréquente. Depuis huit jours, l'enfant ne suit aucun traitement, et la dernière fois que nous l'avons vu (18 septembre) nous pouvions le considérer comme guéri.

C'est d'après les conseils de notre maître, M. Guyon, que nous avons fait prendre du chlorate de potasse à notre petit malade, et nous avons pu constater les heureux effets de ce médicament, bien qu'il nous soit impossible de préciser son mode d'action sur la muqueuse vésicale.

Observation III (personnelle). — Louis Pas... vient, accompagné par son père, à la consultation de l'hôpital Necker, le 6 août 1884. Depuis trois semaines, il se plaint de douleurs dans le bas-ventre et à l'extrémité de la verge ; depuis une semaine, il a des envies continuelles d'uriner pendant le jour ; la nuit il n'éprouve aucun besoin. La douleur est très vive à la fin de la miction. L'urine n'a jamais contenu de sang ; elle contient seulement un peu de mucus. En examinant la verge, nous constatons d'abord un phimosis assez accentué et incomplètement réductible, à cause d'adhérences du prépuce avec la couronne du gland. Le toucher rectal, combiné au palper abdominal, permet de mettre au contact l'index droit avec les doigts de la main gauche enfoncés au-dessus du pubis : il n'y a pas interposition de corps étranger; les parois vésicales sont peu épaisses. L'exploration de la vessie à l'aide d'un explorateur mou est négative ; l'exploration avec le cathéter métallique doit être faite ; la chloroformisation n'ayant pas été possible le jour où nous avons vu l'enfant, on lui ordonne un gramme de chlorate de potasse par jour ; nous ne l'avons pas encore revu.

Il s'agit aussi d'une cystite dans cette troisième observation ; l'affection était récente, mais elle n'en était pas moins très douloureuse.

(A suivre.)

REVUES DIVERSES

La rougeole à Paris, ses progrès incessants, sa mortalité, nécessité de mesures prophylactiques, par le Dr Auguste Ollivier, professeur agrégé, médecin de l'hospice des Enfants-Malades.

(*Rapport à M. le préfet de police, président du conseil d'hygiène publique et de salubrité de la Seine*). Résumé d'après les *archives générales de médecine*, septembre 1884.

La rougeole, réputée inoffensive par l'opinion extra-médicale, a fourni une proportion de 18,55 pour 1000 et presque de 2 pour 100 des décès qui ont été enregistrés à Paris en 1883.

Cette année elle tient le second rang après la diphthérie parmi les maladies contagieuses, mais elle offre cette particularité qu'au contraire de la diphthérie elle décroît en gravité à mesure que l'âge avance.

Il est à remarquer, au contraire, que cette gravité, si l'on ne tient pas compte de l'âge, croît d'année en année à Paris. En 1865, il y a eu dans la capitale 343 décès par rougeole ; 540 en 1869 ; 561 en 1873 ; 917 en 1879 et 1,058 en 1883.

Cette augmentation, par rapport à une maladie nettement contagieuse, ne peut tenir qu'à la multiplication des communications entre les malades et les enfants bien portants, c'est-à-dire à l'agglomération en général, soit en dedans, soit en dehors de la famille.

Dans la famille, il faut noter la tendance fâcheuse qu'ont les parents à soigner à domicile les enfants atteints de rougeole, ne les supposant pas assez malades pour aller à l'hôpital ; au moins serait-il à souhaiter que l'administration ouvrît des asiles d'isolement pour les autres enfants de la même famille non atteints pendant la durée du traitement.

En dehors de la famille, les dangers de contagion sont considérables dans les crèches, les salles d'asile et les écoles.

Il faut y joindre les dispensaires des bureaux de bienfaisance et les hôpitaux (salles intérieures et salles de consultation).

Il y a une erreur trop répandue, qui consiste à limiter les chances de contagion aux périodes d'éruption et de desquamation. Le moment où la transmission est la plus facile est la période d'invasion. Les expériences d'inoculation, faites au dernier siècle et dans notre temps,

le montrent, et les sécrétions catarrhales de la période d'invasion, pendant laquelle les enfants sont rarement isolés, doivent être considérées comme les meilleurs véhicules du contage (1).

En résumé, l'augmentation du nombre des cas de rougeole à Paris s'explique par l'augmentation de la population scolaire et de la population hospitalière, par l'absence de mesures d'isolement sérieuses dans les endroits où se trouvent les malades, par l'ignorance relative à la période dans laquelle la maladie peut se communiquer.

Mais les rougeoles ne sont pas toutes également dangereuses. Il résulte d'un tableau dressé d'après les données de la statistique municipale pendant l'année 1883 et le 1er trimestre de l'année 1884 que, sur mille décès par rougeole, 8,57 seulement appartenaient à l'âge au-dessus de 15 ans et que les 991, 43 autres ont été fournis par l'âge au-dessous ; ce qui entre autres choses prouve l'inanité de la vieille doctrine humorale remontant à Rhazès, très chère encore aux gens du monde, d'après laquelle la rougeole, comme *la variole*, serait une sorte de purgation à laquelle nul ne pourrait *échapper* et qu'il vaudrait mieux subir plus tôt que plus tard.

La rougeole tue souvent dans la première enfance à cause surtout du peu de résistance des sujets contre la complication si commune de broncho-pneumonie. Quelle que soit d'ailleurs la raison de cette mortalité, son chiffre brutal impose à l'hygiène publique des devoirs particuliers à l'égard de tous les enfants par rapport à la prophylaxie de la rougeole.

Les moyens proposés par l'auteur sont :

La vulgarisation d'idées justes sur l'époque de la contagion, sur la nécessité de l'isolement et la gravité de la maladie chez les jeunes enfants.

L'extension aux écoles libres de l'inspection médicale, qui existe déjà pour les écoles publiques de la ville de Paris, pourrait rendre des services.

A l'hôpital, le dernier mot de la prophylaxie est l'isolement.

Trois cas de mort subite pendant ou un peu après la convalescence de la diphthérie. (Ferguson, *Medical News*, 15 déc. 1883), d'après les *Archives générales de médecine* de septembre 1884.

(1) Voir la thèse inaugurale de M. le Dr A. Béclère : *De la contagion de la rougeole*. Paris, 1882.

1. Un jeune homme de 21 ans, après une angine diphthérique de moyenne intensité, avait guéri, mais avait vu survenir une paralysie du bras droit.

Etant assis devant sa maison, il ramassa un caillou et le lança sur un petit oiseau perché tout près de lui. Au même moment, il roule de son siège et meurt avant qu'on ait eu le temps de le rapporter chez lui.

A l'autopsie, Ferguson trouva les cavités gauches du cœur vides, tandis que celles de droite étaient absolument distendues par le sang; il en conclut à une paralysie soudaine du cœur.

2. Un enfant de 5 ans, convalescent de diphthérie, demande la permission de se lever et expire en quelques minutes. A l'examen du cœur, on trouve une réplétion considérable du ventricule droit.

3. Une jeune fille de 13 ans, qui, pendant la convalescence de la diphthérie, perdait une jeune sœur de la même affection, en conçut un chagrin extrême; elle tomba dans le collapsus et succomba malgré le traitement le plus énergique. Pas d'autopsie.

Ferguson repousse l'explication des deux premiers cas par l'empoisonnement sanguin parce que les malades en question étaient entièrement guéris ; il reconnaît pourtant que l'effet, même éloigné, de cet empoisonnement exerçant une influence dépressive sur les centres nerveux, a pu agir comme cause prédisposante. Une émotion ou un effort brusque peuvent ensuite suffire pour amener un accident mortel.

Exposé pratique du traitement prophylactique et curatif de la diphthérie par les hydrocarbures, par le Dr Delthil. Mémoire lu à la *Société de médecine pratique*, dans sa séance du 7 août 1884. D'après le *Journal de médecine de Paris* du 20 septembre 1884.

1° Si un contact suspect peut faire redouter l'apparition d'une angine maligne, on peut, au point de vue prophylactique, soumettre l'individu à des évaporations de térébenthine, soit en lui faisant respirer de temps en temps cette essence, soit en en imprégnant la literie.

2° Si des accidents diphthéritiques se manifestent et si le cas ne paraît pas tout d'abord avoir un caractère de gravité, se contenter de faire, dans la chambre du malade, des évaporations d'essence de térébenthine au bain-marie, en plongeant un vase contenant environ 8 cuillerées d'essence brute et non rectifiée dans un bain à la tempé-

rature constante de 60°. La quantité d'essence de térébenthine doit être modifiée suivant l'étendue de la pièce.

La vaporisation de ces carbures suffit, dans la plupart des cas, pour enrayer une angine diphthéritique prise au début.

3° Si, malgré tout, les accidents s'aggravent et semblent revêtir un caractère véritablement toxique, pratiquer des fumigations au moyen de la combustion du mélange suivant :

Verser une demi-cuillerée de goudron de gaz, plus une cuillerée d'essence de térébenthine brute dans un vase en métal ou en terre réfractaire, placé lui-même sur un plateau métallique, pour éviter la propagation du feu en cas de rupture du premier récipient.

Allumer le mélange au milieu de la pièce et sur le sol ; il suffit pour cela de tenir un instant sur la flamme d'une bougie la cuillère qui sert à verser l'essence puis de la plonger incandescente dans le mélange.

Faire les fumigations de trois heures en trois heures et les espacer ensuite quand l'amélioration se produit.

Choisir de préférence, pour faire les fumigations, une petite pièce ou un cabinet de toilette dont tous les objets facilement inflammables ont été enlevés au préalable : le malade est porté dans cette pièce, où il reste environ une demi-heure, puis il est ramené dans sa chambre habituelle, où les évaporations de térébenthine au bain-marie sont continuées d'une façon incessante.

Si l'odeur de l'essence de térébenthine paraît trop pénétrante, on peut l'additionner de ses congénères l'essence de citron ou de lavande, qui la transforment en un véritable parfum.

En applications locales, se contenter de faire pulvériser de l'eau de chaux au moyen d'un pulvérisateur et cela toutes les heures ; ou badigeonner avec un mélange d'huile d'amandes douces et d'essence de térébenthine à parties égales, ou bien encore avec une émulsion d'essence de térébenthine, de citron, de lavande, dans un jaune d'œuf avec du sirop de gomme.

Donner à l'occasion des vomitifs, quand la toux catarrhale très prononcée indique qu'il faut favoriser l'expulsion des matières diphthéritiques dissociées qui encombrent les bronches; l'ipéca paraît devoir mériter la préférence, parce qu'il ne déprime pas autant le malade que le sulfate de cuivre et l'émétique qui s'opposent à l'alimentation ultérieure.

Contribution à l'étude étiologique de la diphthérie, par le Dr Pruvost. Analyse d'un mémoire lu devant la *Société de médecine pratique*, séance du 19 juin 1884, et publié dans le *Journal de médecine de Paris*, le 20 septembre 1884.

Le 24 février dernier, une jeune bonne d'une vingtaine d'années, un peu lymphatique mais d'une bonne santé antérieure, se plaignait depuis la veille de mal de gorge et de difficulté d'avaler. Rougeur diffuse de l'arrière-gorge, sans gonflement des amygdales ; ni coryza, ni engorgement ganglionnaire ; pas de fièvre, appétit conservé.

Le surlendemain, la malade, traitée par les gargarismes émollients et le sulfate de quinine, était très faible et n'avait pas dormi. Au plafond de sa chambre, située au sixième étage, le Dr Pruvost remarque une large tache de moisissure de 0,70 cent. de diamètre, correspondant à la tête du lit. Cette tache, et d'autres du même genre, disséminées sur le mur provenaient d'une infiltration d'eau occasionnée par la rupture d'un réservoir, remontant à trois mois.

Six semaines après cet accident, une toux quinteuse ressemblant à la coqueluche était survenue chez la jeune bonne. L'auscultation ne révélait rien de particulier à la seconde visite, mais à l'examen de la gorge, on découvrit sur l'amygdale gauche une tache pseudo-membraneuse d'un blanc terne, s'étendant déjà sur une partie du pilier antérieur correspondant.

Les autres parties de la gorge étaient seulement un peu rouges et un peu luisantes. La déglutition n'était pas gênée. Un peu de douleur seulement dans l'oreille gauche. Pas de nasonnement, pas de coryza ; un peu d'engorgement sous-maxillaire à gauche. Pouls faible ; non fréquent.

Adoucissement du pronostic, tenant à l'idée, conçue aussitôt, que les moisissures du plafond pouvaient jouer un rôle dans l'étiologie des fausses membranes.

La malade est transportée dans une chambre saine, au troisième étage. Irrigations d'eau de chaux dans la gorge, toutes les deux heures ; attouchement des fausses membranes, trois ou quatre fois par jour, avec un pinceau trempé dans une solution phéniquée au 1/30 ; gargarismes fréquents avec une solution légère de chlorate de potasse dans l'eau de guimauve ; extrait mou de quinquina à l'intérieur et nourriture substantielle.

Nouveaux accidents et aggravation de l'état général le lendemain. Faiblesse, teint blafard, enchifrènement, voix nasonnée, écoulement

séreux par la narine gauche ; engorgement ganglionnaire très prononcé du même côté, en forme de boudin, s'étendant de l'angle de la mâchoire jusqu'au milieu du cou, le long du bord antérieur du sterno-mastoïdien. Fausses membranes moins épaisses et moins étendues que la veille.

Irrigations d'eau de chaux prescrites toutes les heures aussi bien cette fois par les narines que par la bouche.

Le lendemain, teint moins pâle, voix plus nette, engorgement ganglionnaire diminué des 2/3.

La même médication a été continuée encore pendant quelques jours et graduellement tout est rentré dans l'ordre. Traitement tonique par la suite à l'iodure de fer.

Dès les premières visites, une comparaison morphologique a été faite entre la plaque pseudo-membraneuse de la gorge et les moisissures du plafond.

Ces dernières apparurent, à un grossissement de 300 diamètres, sous forme de petites spores vertes, excessivement nombreuses et très réfringentes, les unes libres et disséminées au milieu de quelques rares filaments mycéliens, les autres très fines et groupées en masses arrondies ou sporanges. En quelques endroits on voyait des sporanges rompues qui avaient laissé échapper une partie de leurs spores.

Les tubes de mycélium, rares, vu le caractère superficiel du raclage et l'abondance de leur fructification, étaient, les uns longs et flexueux, généralement isolés, mais s'anostomosant aussi quelquefois sous forme d'Y irréguliers, les autres, beaucoup plus petits, sous forme de bâtonnets tantôt réguliers, tantôt plus ou moins moniliformes, quelquefois anastomosés en V ou en Y, renflés pour la plupart à chacune de leurs extrémités.

Les *fausses membranes* apparaissaient constituées par un grand nombre de blocs à contenu haylin, anguleux, déchiquetés et réfringents, dont les nombreux prolongements offraient à certains endroits quelque ressemblance avec des rameaux de cerf. Çà et là quelques cellules pâles et munies d'un noyau avec un nucléole. Ces cellules, à peine déformées pour la plupart, présentaient en général de petites brèches, qui semblaient avoir été la voie d'infiltration d'un certain nombre de petits éléments qui formaient autour des blocs une sorte de réseau très fin.

Ces éléments étaient constitués par de fins corpuscules tuberculeux,

les uns isolés, les autres associés à deux ou trois, sous forme de V ou d'Y, ou ramifiés autour des blocs déchiquetés. Malgré leur intrication, il est à noter que leurs points de conjugaison étaient généralement marqués par un renflement.

Lorsque les espaces devenaient un peu plus libres, on voyait en outre de petits corspuscules arrondis et réfringents quoique peu colorés, ressemblant à cela près aux spores des moisissures.

Huit heures après l'examen des fausses membranes et sans avoir touché à la préparation, on constate que de nouveaux filaments tubuleux très courts, isolés ou réunis en V et en Y, tous renflés à leurs extrémités ou à leur point de conjugaison, se sont développés sous le champ du microscope.

L'auteur n'hésite pas à attribuer aux moisissures du plafond le développement d'une angine diphthéritique chez la malade.

Il appuie cette opinion sur l'analyse des premiers symptômes (toux quinteuse, etc.) et surtout sur l'étude histologique comparative citée plus haut. Il retrouve les spores dans les corpuscules arrondis ; les filaments mycéliens dans les filaments tubuleux disposés aussi en réseau, etc.

La maladie, pour lui, n'a pas été primitivement générale et il ne craint pas d'affirmer qu'il en est toujours ainsi.

Si certains états infectieux graves paraissent quelquefois peu en rapport avec la lésion locale, cela tient, d'après l'auteur, à ce que la lésion de la gorge n'est pas seule et à ce qu'à côté d'elle, et la précédant probablement, il en existe une autre dans les fosses nasales ou dans leur arrière-cavité.

Est-il nécessaire, pour expliquer l'état d'infection dans la diphthérie, d'admettre la pénétration dans le sang d'un organisme spécial? Ne peut-on l'interpréter d'une façon aussi rationnelle par la résorption des produits de fermentation de cet organisme ?

N'admît-on pas, comme l'auteur incline à le faire, que la diphthérie résulte de l'empoisonnement par un champignon plus ou moins toxique et introduisant dans l'organisme un poison analogue à la muscarine, le rapport indéniable qui lui paraît avoir existé entre la présence des moisissures et le développement du cas cité lui semblent éclairer d'un jour tout nouveau la prophylaxie de l'affection.

L'habitation humide, fût-elle neuve, doit donc être soigneusement évitée.

Dans le traitement, dès l'apparition des fausses membranes, les

irrigations détersives buccales et nasales doivent jouer le principal rôle.

Rapports lus a la section de pédiatrie dans le Congrès médical international de Copenhague, en août 1884, d'après le *British Medical Journal*, sept. 20, 1884.

I. *Traitement des maladies des enfants sur les bords de la Méditerranée, en hiver*, par le Dr de Valcourt (de Cannes).

Les stations d'hiver méditerranéennes sont utiles aux enfants, pour combattre la constitution tuberculeuse ou scrofuleuse, ou la simple débilité organique.

Les bains de mer courts, de deux à dix minutes, peuvent être pris dans les mois de septembre, octobre, et aussi de mars, avril et mai (tempér. de la mer, 16 à 22° C.). Contre-indiqués par l'état fébrile, mais non par la suppuration. Résultats, constatés dans l'hôpital maritime de M. Dollfus et dans la pratique privée, très encourageants.

Le Dr Schepelern (de Refsnaes) a traité le même sujet. Selon lui, les hôpitaux maritimes d'enfants devraient être ouverts l'hiver comme l'été, surtout pour les scrofuleux. Il attache une grande importance à l'hydrothérapie.

II. *Traitement prophylactique de l'ophthalmie des nouveau-nés*, par le Dr Meyer (de Copenhague).

La méthode de Crédé doit être appliquée à cette dangereuse affection. Cette méthode doit être enseignée aux sages-femmes dans les maternités. On doit expliquer aux jeunes mères les périls dont les enfants sont menacés.

III. *Accroissement normal du poids chez les enfants*, par le Dr Malling Hansen (de Copenhague), directeur de l'Institut des Sourds-Muets.

Les jeunes garçons ont tous été pesés à 6 heures du matin et à 9 heures du soir. Les petites filles ont été pesées une fois par jour, à 2 heures après midi.

Un enfant peut peser de 1 à 2 livres (anglaises) de plus le soir que le matin, et se trouver de plus de 1 livre et demie plus léger le matin que la veille au soir. L'exercice, le bain n'influencent pas le poids, mais il y a toujours accroissement en poids après un grand repas.

Il y a trois périodes annuelles pendant lesquelles des variations dans l'accroissement du poids se manifestent : en moins, du 15 mai au 15 juillet; en plus, et très notablement, du 15 juillet au 15 no-

vembre; en plus, très légèrement ou même un peu en moins, du 15 novembre au 15 mai.

En somme, l'enfant ne croît pas en poids plus d'un quart ou un cinquième de l'année.

L'accroissement de la température ambiante est accompagné par un surplus en poids, et *vice versa.*

L'appétit varie. Il atteint son maximum en mars, et a son minimum en janvier.

Les petits garçons consomment un cinquième de plus que les petites filles, et pourtant ces dernières ont souvent augmenté en poids plus que les petits garçons.

Les pesées ont souvent contredit les idées accréditées sur la valeur nutritive comparée des diverses formes d'alimentation.

IV. *Pathologie et traitement du choléra infantile*, par le Dr BAGINSKY (de Berlin).

1. *Étiologie.* — La diarrhée estivale est toujours la principale cause de la mortalité infantile à Berlin; elle est directement sous la dépendance de l'élévation de la température atmosphérique, et indirectement sous celle de la température du sol, de la stagnation des eaux souterraines, de l'état hygrométrique de l'air. Autres modificateurs: l'alimentation, l'habitation, la dentition.

2. *Pathologie.* — On comprend sous le nom de diarrhée d'été des affections diverses : (*a*) un catarrhe dyspeptique primitif; (*b*) le choléra infantile vrai; (*c*) les affections folliculaires du tube intestinal; (*d*) un catarrhe dyspeptique secondaire. Ces processus sont connexes, et l'un d'eux peut entraîner les autres, comme l'ont démontré des autopsies récentes; ils ont très probablement pour origine des micro-organismes. Le *traitement* doit varier d'après les lésions organiques que l'interprétation des symptômes fait reconnaître.

V. *Du choix des antiseptiques dans le pansement des blessures chez les enfants*, par le Dr RUPRECHT (de Dresde).

Il préfère l'acide salicylique et la solution de chlorure de zinc. L'acide phénique et le sublimé corrosif sont sujets à caution.

VI. *Méningite tuberculeuse dans les premières années de la vie*, par le professeur MEDIN (de Stockolm).

Observations prises de 1862 à 1881 sur des enfants nouveau-nés à la Maternité de Stockholm.

Quoique la tuberculose ait été fréquente, la méningite tuberculeuse a été rare. La méningite cérébro-spinale épidémique a été plus com-

mune. Le professeur a parlé des rapports de la fréquence de la méningite tuberculeuse avec la saison, avec l'âge, le sexe de l'enfant. Il a décrit les symptômes et la marche de cette maladie et insisté sur l'importance des précautions hygiéniques pour la prévenir.

VII. *Autres travaux présentés à la section de pédiatrie du Congrès.*

Rachitisme aigu par le Dr REHM (de Francfort). Exhibition de pièces relatives à ce sujet par le Dr Barlow (de Londres) ;— *du croup*, par le Dr RAUCHFUS ; — *du sarcome congénital des reins*, par le Dr JACOBI (de New-York) ; — *sur l'hémoglobinurie dans les premières années de la vie*, par le professeur HIRSCHPRUNG (de Copenhague).

Programm für die Verhandlungen der pediatrischen Section in Magdeburg (Programme de la section de pédiatrie à Magdebourg). Extrait du *Jahrbuch für Kinderheilkunde*, XXI Bd, 4. H., 1884.

I. RACHITISME.

1. Anatomie et physiologie pathologiques générales, par KASSOWITZ (de Vienne).

2. Anatomie pathologique spéciale (évolution de l'affection osseuse, altérations de la forme des os qu'elle entraîne et ses causes, désordres organiques associés), par le Dr UNRUH (de Dresde).

3. Revue de chimie thérapeutique. Prof. DRECHSEL (de Leipzig).

4. Exposé clinique. Symptomatologie, diagnostic et pronostic. Prof. HEUBNER (de Leipzig).

5. Complications et leur traitement. Prof. BOHN (de Kœnigsberg).

6. Traitement chirurgical et orthopédique. Dr SPRENGEL (de Dresde).

II. DE LA PLEURÉSIE ET DE SON TRAITEMENT OPÉRATOIRE.

1. Rapport du Dr BIEDERT (de Hagenau).

2. Rapport du prof. POTT (de Halle).

III. RAPPORTS SUR DIFFÉRENTS SUJETS.

1. De la néphrite scarlatineuse. Dr SILBERMANN (de Breslau).

2. Thérapeutique de la coqueluche. Prof. THOMAS (de Fribourg).

3. Valeur pratique de la numération des corpuscules sanguins. Prof. POTT (de Halle).

4. Des diarrhées infantiles, par le Dr A. BAGINSKY (de Berlin).

5. De la diphthérite, par le Dr STEFFEN (de Stettin).

Le gérant : G. STEINHEIL.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY, successeur, 52, rue Madame et rue Monsieur-le-Prince, 14.

REVUE MENSUELLE

DES

MALADIES DE L'ENFANCE

Novembre 1884

TRAVAUX ORIGINAUX

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ALBUMINURIE DIPHTHÉRIQUE.

Par le Dr Cadet de Gassicourt.

Médecin de l'hôpital Trousseau.

L'étude de l'albuminurie diphthérique a été faite par un grand nombre d'auteurs. Les uns l'ont envisagée au point de vue théorique, les autres au point de vue anatomo-pathologique. D'autres encore ont cherché à en tirer des indications diagnostiques et pronostiques. Ces nombreux travaux ont amené des résultats importants, et, sous certains rapports, définitifs. On ne discute plus aujourd'hui sur la nature et sur l'origine de cette albuminurie; personne ne songe à la rattacher à l'asphyxie croupale, comme le faisaient Empis, Bouchut et Germe, ni à l'excès des matériaux protéiques contenus dans le sang, comme le supposait Gubler. Tout le monde admet qu'elle est le résultat d'une congestion ou d'une inflam-

mation rénale, et la doctrine moderne des néphrites infectieuses explique scientifiquement sa filiation.

Il est vrai que si l'anatomie pathologique macroscopique et microscopique du rein diphthérique paraît avoir dit son dernier mot, grâce surtout aux travaux récents des professeurs Charcot, Bouchard et Cornil, ainsi que du Dr Brault, les recherches d'Ærtel, du Dr Gaucher, du professeur Bouchard lui-même n'ont pas encore établi sur des preuves irrécusables l'existence des bactéries dans le tissu interstitiel, ni dans les canalicules; récemment, Furbringer et Weigert n'en ont pas trouvé un seul dans dix autopsies. Mais la solution du problème, d'un si haut intérêt scientifique, n'est pas heureusement indispensable à l'étude clinique de l'albuminurie.

Or la lecture des auteurs qui se sont occupés de ce sujet, les entretiens fréquents que j'ai eus avec plusieurs médecins distingués, m'ont convaincu qu'une grande incertitude régnait encore chez beaucoup de praticiens sur la valeur diagnostique et pronostique de ce symptôme. Sans doute on sait, d'une manière générale, que la présence de l'albumine peut, dans quelques cas douteux, avoir une valeur diagnostique importante ; on sait également que l'abondance de l'albuminurie est souvent d'un fâcheux augure ; enfin on n'ignore pas que le rapport est loin d'être exact entre la violence de l'intoxication et la quantité de l'albumine contenue dans l'urine. Mais, en dehors de ces données un peu vagues, l'esprit hésite et manque de point d'appui.

Ces diverses considérations m'ont donné l'idée d'instituer une série de recherches propres à préciser nos connaissances sur ce point restreint de pathologie. Ces recherches ont porté sur quatre-vingt-cinq cas de diphthérie de toute espèce : angines isolées, angines et croups, localisations multiples, diphthéries bénignes, graves, toxiques, etc. C'est le résultat de ce travail que je désire mettre sous les yeux du lecteur.

Pour juger la valeur diagnostique de l'albuminurie, il importe de savoir quelle en est la fréquence relative. D'après

Germain Sée et Sanné, elle se rencontrerait dans la moitié des cas de diphthérie; la proportion indiquée par Empis et Bouchut est plus grande, puisqu'elle s'élèverait selon eux aux deux tiers des cas; j'ai trouvé un chiffre plus élevé encore, car, sur les 85 malades chez lesquels j'ai fait chaque jour l'examen de l'urine, j'ai observé l'albuminurie 63 fois, ou 74 fois sur 100. On voit donc que, dans les cas de diagnostic douteux, la recherche de l'albumine ne doit jamais être négligée, et qu'elle a d'assez grandes chances de trancher la difficulté. Mais c'est là un fait connu, sur lequel je ne veux pas insister.

Je ne dirai également qu'un mot de la durée de l'albuminurie, qui est ordinairement courte (de un à trois jours), mais peut se prolonger pendant dix, quinze, vingt jours, et atteindre même quarante jours, comme chez un de nos petits malades, ou soixante jours comme dans un cas cité par Sanné.

Il est plus intéressant de savoir que la quantité d'albumine est très variable, non seulement chez les différents malades, mais même chez le même sujet. Elle est parfois tellement faible que sa présence se traduit par un nuage à peine sensible dans le tube à expérience, et quelquefois si considérable qu'elle peut atteindre jusqu'à 15 grammes par litre d'urine. Dans d'autres cas, après en avoir constaté la présence un ou plusieurs jours de suite, on cesse de l'observer; puis, quelques jours plus tard, on la voit reparaître en plus ou moins grande abondance; on peut même assister trois ou quatre fois à ces alternatives d'apparition et de disparition successives de l'albumine.

Ce que je viens de dire de l'existence de l'albumine est également vrai de sa quantité. Même quand elle ne fait jamais défaut, elle augmente ou diminue souvent d'un jour à l'autre dans de très larges proportions. Ainsi, chez une petite malade dont l'urine a contenu jusqu'à 15 grammes d'albumine par litre, nous trouvions parfois, dès le lendemain, 1 gr. 50; le jour suivant 5 grammes, puis 7 grammes, puis 8 grammes, et ainsi de suite. Cette grande variabilité rend évidemment nécessaire un examen quotidien, si l'on veut se rendre compte de

la marche de l'albuminurie; or cette marche est d'un extrême intérêt pour le pronostic. J'ai observé en effet (ce qui, d'ailleurs, pouvait être prévu) que les cas dans lesquels la quantité d'albumine est variable n'ont pas la gravité de ceux où elle est toujours très abondante. Un malade, dont l'urine contient jusqu'à 15 grammes d'albumine par litre peut guérir; mais à la condition que cette quantité d'albumine ne soit pas persistante; dans le cas contraire, le pronostic m'a toujours paru être fatal.

Entrons maintenant dans le détail statistique des faits que j'ai observés.

Je me suis servi, pour déceler la présence de l'albumine dans l'urine, du procédé classique du professeur Bouchardat. Il consiste, comme on sait, à faire chauffer simplement l'urine dans un tube jusqu'à ébullition, et à y ajouter ensuite quelques gouttes d'acide acétique. Cette réaction m'a paru être d'une sensibilité au moins égale, sinon supérieure à toutes les autres. Quant au dosage, il a été fait dans le tube d'Eisbach, l'albumine étant précipitée par l'acide picrique. J'ai fait vérifier quelques-unes de mes expériences par l'analyse chimique complète, et j'ai pu me convaincre que les résultats étaient à peu près identiques, à quelques centigrammes près, toutes les fois que l'albumine ne dépassait pas 8 grammes par litre. Au delà de ce chiffre, la notation du tube d'Eisbach étant insuffisante, l'analyse quantitative complète a été faite à la pharmacie de l'hôpital. Je n'ai pas besoin de dire que l'acide picrique précipitant d'autres substances que l'albumine, en particulier le sulfate de quinine, je me suis tenu en garde, dans mes expériences, contre ces causes d'erreur.

Voici maintenant comment j'ai classé les 85 faits sur lesquels j'ai institué mes expériences : Je les ai divisés en quatre groupes : 1° Cas dans lesquels l'albumine n'existe pas; 2° cas dans lesquels il y a un *nuage* d'albumine; 3° cas dans lesquels on trouve une quantité notable d'albumine (de 0 gr. 25 c. à 1 gr.); 4° cas dans lesquels on en trouve une grande quantité (de 1 gr. à 15 gr.). Ces quatre groupes, dont le dernier

est chimiquement très large, sont tout à fait suffisants au point de vue clinique.

Sur mes 85 malades, 35 ont guéri, 50 ont succombé. Voyons comment se sont réparties les guérisons et les morts au point de vue de l'albuminurie.

22 malades n'ont jamais présenté d'albumine dans l'urine; sur le nombre, 12 ont guéri, 10 sont morts.

L'absence d'albumine n'a donc aucune valeur pronostique, puisque le nombre des morts et des guérisons est sensiblement égal dans cette catégorie.

Il n'en est pas de même des catégories suivantes : Ainsi, des 29 malades qui ont présenté un nuage d'albumine, 12 ont guéri et 17 sont morts. Parmi les 19 chez lesquels l'albumine a été trouvée en quantité notable (de 25 centigr. à 1 gr.), 8 ont guéri, 11 ont succombé. Pour ceux qui ont eu de 1 à 15 grammes d'albumine, 3 ont guéri, 13 sont morts. En résumé, sur 64 malades qui ont présenté plus ou moins d'albumine, 23 ont guéri, 41 sont morts.

La présence de l'albumine dans l'urine a donc une signification pronostique précise, mais la quantité n'a d'importance que si elle dépasse 1 gramme par litre. Au-dessous de ce chiffre, on ne peut tirer aucune conclusion de la plus ou moins grande abondance de l'albumine; qu'elle se présente sous forme de simple nuage, ou qu'elle atteigne 0,25, — 0,50, — 0,75c par litre, les chances de guérison ou de mort sont les mêmes.

Enfin, et ceci est un fait d'une extrême importance, l'abondance extrême de l'albuminurie n'est pas d'un augure nécessairement fatal, puisque, parmi les cas qui ont été suivis de guérison, trois ont présenté une quantité d'albumine considérable : 1 gr. 50 c. chez l'un, 1 gr. 80 chez les autres, et jusqu'à 15 grammes chez un troisième. Mais il faut ajouter que, pour ce dernier, les variations dans la quantité de l'albumine ont été extrêmes : 7 grammes un jour, 5 gr. le lendemain, 2 gr. le jour suivant, 5 centigr. ensuite; puis 1 gr., — 1 25, — 12 gr., — 1 gr., — 3 gr., etc.

Envisageons maintenant le sujet sous un autre aspect.

Existe-t-il une différence, au point de vue de la fréquence et de l'abondance de l'albuminurie, entre les diphthéries sans croup et les diphthéries avec croup ? La valeur pronostique de l'albuminurie varie-t-elle selon que la diphthérie s'accompagne ou non de croup, et selon que le croup a été ou non opéré ?

Sur 30 diphthéries avec angine sans croup, l'absence de l'albuminurie a été constatée 13 fois ; ce qui donne une proportion de 40 0/0 ; tandis que sur 55 croups, opérés ou non, l'albumine n'a manqué que 9 fois ; la proportion est seulement de 16 0/0. L'albuminurie est donc beaucoup moins commune dans l'angine que dans le croup.

Mais, d'autre part, quand l'albuminurie existe, la proportion est à peu près la même dans l'angine et dans le croup ; ainsi on trouve un nuage d'albumine 41 fois pour 100 dans l'angine, 46 fois pour 100 dans le croup ; de 0,25 à 1 gramme d'albumine, 30 fois pour 100 dans l'angine, 30 fois pour 100 dans le croup ; de 1 gr. à 15 gr. d'albumine 30 fois pour 100 dans l'angine, 23 fois pour 100 dans le croup. Aucune conclusion intéressante ne peut être tirée de ces chiffres.

Il est plus important de connaître la valeur pronostique de l'albuminurie dans l'angine.

Sur 13 angines diphthériques sans albuminurie, 11 ont été bénignes, 2 ont été toxiques et suivies de mort. L'absence d'albuminurie est donc d'un pronostic favorable, mais non absolu dans l'angine sans croup.

J'ai trouvé un nuage d'albumine dans 3 angines bénignes et dans 4 angines toxiques ; une quantité notable dans 3 angines d'intensité moyenne et dans 2 angines toxiques. L'utilité pronostique est donc nulle pour ces deux catégories. Mais quand l'albumine dépasse 1 gramme, le pronostic s'assombrit singulièrement, puisque, sur 5 cas de cette nature, 4 ont été toxiques et suivis de mort, un seul a guéri, et encore la vie a-t-elle été fort menacée. L'albuminurie, dans ce dernier cas, n'a pas dépassé 1 gr. 50.

Il résulte de cette statistique que, dans la diphthérie sans

croup, la présence et la quantité de l'albuminurie doivent être prises en très sérieuse considération, et que, tout en n'ayant pas une valeur pronostique absolue, elles ont cependant une très grande importance. Si l'on ne doit pas désespérer tout à fait du salut des malades chez lesquels l'albumine dépasse 1 gr. 50 par litre, c'est à la condition que cette quantité ne soit pas stable et varie d'un jour à l'autre dans de grandes proportions.

Si maintenant nous étudions l'albuminurie dans les cas de croup, nous allons voir qu'elle perd à peu près toute sa valeur pronostique. On n'en saurait être surpris, si l'on songe que les causes de mort sont ici très multiples et très diverses, qu'en particulier, la bronchite et la broncho-pneumonie y jouent un rôle prépondérant, et que, par suite, l'intoxication de l'organisme entier n'a plus une action exclusive. Cependant il faudrait se garder de croire que cette explication suffise à tous les faits.

Ainsi, dans 9 cas de croup, l'albuminurie manquait absolument. Or, sur ces 9 cas, tous opérés, j'ai une guérison et 8 morts, ce qui prouve que l'absence d'albuminurie ne permet de porter aucun jugement sur l'issue de la maladie. J'ajoute que, de ces 8 morts, 3 ont succombé à l'intoxication seule; l'absence de l'albumine n'était donc pas due à l'absence d'empoisonnement.

J'ai trouvé un nuage d'albumine dans 22 cas, sur lesquels 9 ont guéri, 13 ont succombé. Des 9 croups guéris, 3 n'avaient pas été opérés. Des 13 croups suivis de mort, 4 ont été toxiques. Je ne saurais tirer de ces faits qu'une conclusion négative.

Sur 14 croups où l'albumine a atteint de 0,25 à 1 gr. par litre, 5 ont guéri, 9 ont succombé. Tous avaient été opérés. Le pronostic est donc incertain, en pareil cas.

Enfin 11 croups ont présenté une grande quantité d'albumine (de 1 gr. à 15 gr.). Tous ont été opérés; 2 ont guéri, 9 sont morts.

Le pronostic est donc très grave, quand l'albuminurie est considérable. Ce résultat était prévu, il ne saurait surprendre.

Si même il y avait lieu de s'étonner, ce serait de voir que la guérison s'est faite deux fois sur 11 cas. Bien plus, ces deux cas n'ont pas été ceux dans lesquels la quantité d'albumine a été la moindre, car si, dans l'un, l'albumine n'a pas dépassé 1 gr. 80 par litre, dans l'autre, elle s'est élevée jusqu'à 15 gr. Elle ne s'y est pas maintenue, il est vrai, et les variations de l'albuminurie ont été très grandes.

Ce sont là, comme je l'ai déjà dit, des conditions favorables à la guérison.

Les conclusions que nous pouvons tirer de cette étude peut-être un peu longue, présentent un certain intérêt pratique.

Nous voyons d'abord que la présence ou l'absence de l'albuminurie a beaucoup plus d'importance dans la diphthérie sans croup, que dans la diphthérie avec croup.

Nous reconnaissons ensuite que l'absence d'albuminurie n'a de valeur pronostique que dans la diphthérie sans croup, dont elle montre la bénignité. Dans la diphthérie avec croup, au contraire, elle n'a aucune signification.

Nous constatons aussi que la présence d'une petite quantité d'albumine (au-dessous d'un gramme par litre) n'a aucune signification, mais que, au-dessus d'un gramme, elle est toujours d'un pronostic sérieux.

Enfin, les faits nous prouvent que si, dans ce dernier cas, le pronostic est sérieux, il n'est pas nécessairement fatal; et que l'albumine peut même atteindre le chiffre de 15 gr. par litre, sans que le malade succombe, pourvu que la quantité en varie d'un jour à l'autre dans de larges proportions.

Cela dit, et ces conclusions tirées, le lecteur ne me saura pas mauvais gré, je pense, de toucher en quelques mots à un autre ordre d'idées, et de hasarder quelques explications théoriques à propos des recherches pratiques que nous venons de faire.

Ces recherches nous ont démontré que l'absence, la présence, la quantité même de l'albumine ne donnaient pas la mesure exacte de la gravité de la maladie; qu'un nuage ou une faible quantité d'albumine pouvaient exister dans les

formes bénignes comme dans les formes toxiques ; que l'absence complète d'albuminurie n'empêchait pas la toxicité la plus violente ; qu'enfin des quantités énormes d'albumine n'étaient pas toujours un indice de mort.

Ces faits, en apparence paradoxaux, me semblent être d'une explication facile. Il suffit de se rappeler, en effet, qu'aucun rapport n'existe entre le *nombre* des localisations infectieuses et la *gravité* de l'intoxication. Nous savons parfaitement, par exemple, que la diphthérie hypertoxique peut n'avoir de localisation apparente que du côté de l'arrière-gorge, et que le malade succombe souvent à l'intoxication sans avoir ni croup, ni paralysie ; et, d'autre part, tout le monde a vu des malades frappés à la fois dans l'arrière-gorge, dans le larynx, dans le système nerveux guérir plus ou moins rapidement. La diphthérie la plus toxique peut donc respecter le rein, et la diphthérie la plus bénigne, le toucher, sans qu'il y ait lieu d'en être surpris.

Cependant s'il est commun de voir plusieurs organes atteints par une diphthérie peu grave, il est fort rare de les voir profondément atteints par elle. Aussi l'*intensité* de l'intoxication générale est-elle le plus souvent en rapport avec la *profondeur* des localisations, la présence d'une grande quantité d'albumine dans l'urine prouve que le rein est fortement atteint ; elle indique donc, le plus souvent, l'intensité de l'intoxication générale.

Mais cette règle souffre des exceptions ; la violence de l'atteinte portée à un organe ou à un système d'organes n'est pas toujours exactement mesurée à l'énergie de l'intoxication générale. Je n'en veux pour preuve que les paralysies diphthériques généralisées qui se montrent au cours de diphthéries non toxiques. Eh bien, le même phénomène se produit lorsqu'une grande quantité d'albumine apparaît dans l'urine de sujets peu intoxiqués : le rein a été fortement atteint, mais il l'a été presque isolément; il y a discordance entre l'empoisonnement rénal et celui du reste de l'organisme. Le malade alors guérit le plus souvent.

Et il guérit d'autant plus que la néphrite diphthérique est presque toujours une localisation bénigne par elle-même. Tout le monde sait que la mort par néphrite dans le cours ou plutôt à la suite de la diphthérie, est chose excessivement rare. Les cas de cette nature se comptent, et pour ma part, je n'en possède que trois exemples sur un total de 1200 diphthéries observées par moi. Si donc la violence de l'infection s'est portée presque exclusivement sur le rein, les chances de guérison sont énormes.

Maintenant, la bénignité presque constante de la néphrite diphthérique soulève une autre question, à laquelle il est malaisé de répondre. D'où vient cette bénignité ? et pourquoi y a-t-il une si grande différence entre la néphrite scarlatineuse par exemple, et la néphrite diphthérique ? Certains auteurs avaient cru que, dans la néphrite diphthérique, un seul rein était atteint ; l'intégrité constante d'un de ces deux organes expliquait facilement l'absence des symptômes et la résistance de l'organisme. Par malheur, le fait est inexact. Les recherches récentes et, en particulier, celles de Cornil et de Brault ont démontré que les deux reins sont également altérés.

Cette explication doit donc être abandonnée, et nous en sommes réduits aux hypothèses. La plus simple et peut-être la meilleure me paraît être la suivante : Dans les diphthéries bénignes ou peu graves, dans celles qui laissent vivre, le rein est en général légèrement atteint, il guérit donc sans donner lieu à des symptômes généraux. Dans les diphthéries graves ou toxiques, le rein est d'ordinaire profondément frappé, il est vrai, mais comme ces diphthéries tuent rapidement, les symptômes de la néphrite n'ont pas le temps de se développer. Si bien que l'apparente bénignité de la localisation rénale serait due à l'extrême gravité de l'intoxication générale.

Le lecteur fera de cette hypothèse le cas qu'il voudra. Qu'il l'accepte ou qu'il la repousse, les résultats pratiques de nos recherches sur l'albuminurie diphthérique n'en seront pas modifiés.

SYMPTOMES D'INTOXICATION PAR LE SULFURE DE CARBONE

CHEZ UN ENFANT DE CINQ MOIS, CONSÉCUTIFS A L'ENVELOPPEMENT AVEC LA TOILE CAOUTCHOUQUÉE.

Observation recueillie par le Dr **Jules Simon**, médecin de l'hôpital des Enfants.

Le 1er avril 1881, je suis appelé par notre savant et regretté confrère, M. le Dr Martin-Damourette, auprès d'un de ses filleuls, âgé de 4 mois 1/2, atteint d'eczéma impétigineux de la face, depuis deux mois environ.

La santé de l'enfant est excellente, son poids augmente régulièrement, pas le moindre dérangement d'entrailles, tout marcherait à souhait sans l'apparition d'un eczéma de la face dont l'évolution et le point de départ ont coïncidé avec la cessation à peu près complète de l'allaitement maternel. Pour des raisons diverses, on eut recours au lait concentré, au lait de vache. La mère ne donnait le sein qu'à de rares intervalles. Toujours est-il qu'à partir de ce moment (2 mois environ), l'enfant fut pris de gourmes qui s'étendirent à toute la face, au front, au cuir chevelu, et plus tard au cou et aux épaules.

L'enfant était vivement tourmenté par cette éruption très cuisante, couverte de croûtes en nombre de points, et suintante presque sur toute son étendue.

Je conseillai l'enveloppement avec la toile caoutchouquée.

Une amélioration passagère s'étant subitement produite, on en ajourna l'application.

15 jours après, l'éruption reprend une grande intensité, envahit de nouveau la face, le front, le cuir chevelu, le cou et un peu le haut du tronc.

On se décide enfin à suivre mes conseils, et voici l'historique des accidents, tel qu'il est reproduit dans la note manuscrite dictée par M. Martin-Damourette et que la mère de l'enfant m'a remise. Le bébé avait alors 5 mois.

17 avril au matin. On recouvre les parties malades de toile caoutchouquée qui est enlevée matin et soir pour procéder au lavage de la tête.

Dans les premières vingt-quatre heures, il y a eu de la chaleur brûlante de la tête, un suintement séreux très abondant, une élévation générale de la température avec *suppression de la salivation, auparavant très abondante*, un très grand calme relatif de l'enfant, et même une nuit de sommeil, non interrompu, de neuf heures du soir à sept heures du matin.

Le deuxième jour, les parties recouvertes de toile caoutchouquée sont d'un rouge vif et paraissent prêtes à saigner; le liquide exsudé, extrêmement abondant, est devenu fétide et mêlé d'un peu de sang. Quelques groupes d'eczéma impétigineux placés sur l'épaule *et non recouverts de toile* se revêtent d'une croûte brune, sanguinolente. *L'enfant est abattu*, ne crie plus, l'œil est terne ; on constate une chaleur fébrile très intense, une *diminution de la quantité d'urine* et un commencement *de diarrhée* un peu fétide.

Le troisième jour, c'est-à-dire le 19 avril, l'écoulement de la tête et de la face est extrêmement abondant, toujours purulent et assez fortement sanguinolent, horriblement fétide.

Lorsqu'on enlève la toile, on trouve le derme saignant abondamment ; le sang coule au moindre contact ; les îlots d'éruption sur le tronc non abrités par la toile, *sont également saignants*, le teint de l'enfant est subictérique, la face grippée, l'œil éteint ; absence de cris, par instants gémissements plaintifs ; perte complète non seulement de la gaieté, mais aussi de l'activité de l'enfant, laquelle était remarquable auparavant.

L'enfant maigrit notablement, il ne tette que difficilement, quoiqu'il en manifeste souvent l'intention ; toujours une légère diarrhée fétide et peu d'urine. La chaleur fébrile a cessé et est remplacée par de l'hypothermie surtout aux extrémités ; en un mot, l'enfant est sans vitalité et ne fait aucun mouvement, ce qui contraste singulièrement avec sa vigueur antérieure. Le quatrième et le cinquième jour, les surfaces deviennent de plus en plus saignantes *aussi bien sur les points du corps non recouverts* de toile que sur la tête ; la fétidité du suintement est insupportable, l'enfant est de plus en plus abattu, cachectique, amaigri, refroidi.

23 avril. C'est dans cet état que l'enfant est revu par le Dr J. Si-

mon, qui ordonne l'enlèvement de la toile caoutchouquée et son remplacement par du taffetas gommé.

A la suite de ce changement, l'amélioration locale et générale a été très rapide. Déjà au bout de vingt-quatre heures, la suppuration, moins abondante, a perdu à peu près complètement sa fétidité. Le suintement sanguinolent des parties enveloppées est beaucoup moins marqué, et un fait qui frappe la mère, c'est que les croûtes sanguinolentes qui recouvraient les ilôts d'éruption de l'épaule sont tombées spontanément, sans donner d'écoulement de sang et sans se reformer.

La physionomie de l'enfant est meilleure et annonce un retour manifeste à la vitalité ; la peau est beaucoup moins jaunâtre, moins froide, les yeux reprennent leur éclat, l'abattement a presque disparu, l'enfant recommence à teter, à crier et à faire des mouvements. La diarrhée persiste légère, moins fétide et les urines reviennent plus abondantes. Les jours suivants l'état de l'enfant continua à s'améliorer rapidement, le suintement de la tête est beaucoup moins abondant, il est redevenu séreux, non fétide ; la surface n'est nullement saignante ; mais rosée, et sur certains points l'épiderme se reforme, les ganglions cervicaux diminuent ; l'enfant a repris sa physionomie enjouée, l'activité de ses mouvements ; il crie, tette activement et ne conserve qu'une légère diarrhée pour laquelle on le met au sous-nitrate de bismuth.

Naturellement l'enfant reste amaigri et le mardi 26, trois jours après le remplacement de la toile caoutchouquée par le taffetas gommé, l'enfant ne pèse que 5 kilog. 730, avec diminution de 470 gr. sur la pesée faite quinze jours auparavant, alors que l'éruption était très marquée, et antérieurement à l'application de la toile caoutchouquée.

Aujourd'hui 3 mai, dix jours après l'application du taffetas gommé, l'enfant pèse 5 kilog. 950, avec augmentation de 220 gr. sur la pesée du 26, il a repris sa vivacité et sa vigueur ordinaires, il tette très bien, toujours avec addition d'un biberon de lait de vache coupé d'un quart d'eau ; trois ou quatre selles par jour, toujours légèrement diarrhéiques ; urines abondantes.

A la tête et à la face, l'éruption a perdu le caractère impétigineux et reste simplement eczémateuse, accompagnée de vives démangeaisons.

L'emploi si judicieusement répandu de l'emmaillottement par la toile caoutchouquée dans les cas d'eczéma chez les enfants peut donc être suivi d'accidents graves d'intoxication par le sulfure de carbone, dus à un lessivage imparfait de la toile caoutchouquée, ou à son altération au contact des liquides organiques.

On ne saurait invoquer une autre cause des accidents sérieux observés chez l'enfant cité plus haut.

L'allaitement mixte ne peut être considéré comme la cause de ces accidents, car il a été continué après leur amendement. On n'a pas pris de nourrice, et tout péril a disparu du moment où le taffetas gommé a remplacé la toile caoutchouquée, ce qui prouve également que les symptômes alarmants ne relevaient pas de l'occlusion, mais de la substance employée pour ce mode de pansement.

DE QUELQUES AFFECTIONS FÉBRILES QU'ON PEUT INTITULER FIÈVRES HERPÉTIQUES

Par le Dr **Descroizilles**, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

A côté des fièvres éruptives classiques, dont la population de nos hôpitaux d'enfants nous fournit tant d'exemples, on voit survenir assez souvent, chez les jeunes sujets, des états pathologiques caractérisés par un mouvement fébrile d'une intensité moyenne, et d'un autre côté par un processus éruptif qui n'est pas plus celui de la rougeole ou de la scarlatine, que celui de la variole, de la varioloïde ou de la varicelle, mais qui rentre tantôt dans le domaine de l'eczéma ou de l'impetigo, tantôt dans celui de l'érythème, de l'urticaire ou de l'herpès.

Le hasard m'a fait observer récemment plusieurs faits dans lesquels une poussée herpétique coïncidait avec un ensemble pyrétique, dans des circonstances qui se sont toujours repro-

duites et enchaînées de la même façon. C'est sur ces faits que je veux insister aujourd'hui.

Y... (Auguste), agé de 4 ans et demi, entrait dans mon service le 11 mars 1884, salle St-Augustin, nº 18. Cet enfant, bien conformé, d'apparence assez robuste, n'était malade que depuis quatre ou cinq jours. Vers le 6 mars, au milieu d'un état de santé satisfaisant, il avait été pris de frissons et de courbature ; on avait dû lui faire garder le lit. On remarqua le 8, qu'une éruption circonscrite se développait dans le voisinage des narines. Le malaise et l'accablement augmentant d'intensité, on crut devoir conduire le petit malade à l'hôpital.

Le 12 mars, à la visite du matin, on le trouvait avec la peau chaude et sèche, la face turgescente, fortement colorée au niveau des joues, les yeux rouges et bouffis. La température axillaire s'élevait à 39°,2 ; le nombre des battements de l'artère radiale était de 120. L'examen du thorax ne démontra l'existence d'aucun phénomène morbide ; le malade ne toussait pas, il avait eu d'abord un peu de diarrhée ; mais, depuis trois ou quatre jours, on observait plutôt chez lui une tendance à la constipation ; il n'avait pas vomi. Son abdomen était régulièrement conformé et légèrement douloureux à la pression ; la langue était blanche, il y avait de l'inappétence et une soif vive. Une éruption de vésicules, qui couvrait une partie de la face, attira de prime-abord notre attention. Cette éruption occupait presque toute la lèvre supérieure et se présentait sous la forme de plaques rougeâtres et mamelonnées à leur surface, à contour irrégulier et polygonal, et dont les dimensions atteignaient, pour les unes, celles d'une lentille, pour les autres, celles d'une pièce de cinquante centimes.

Ces macules étaient constituées par des réunions d'élevures vésiculeuses, serrées les unes contre les autres et renfermant un liquide blanchâtre ; quelques-unes commençaient à s'affaisser et à se dessécher ; d'autres étaient ouvertes et laissaient s'écouler leur contenu. Leur nombre pouvait s'élever à cinquante ou soixante, divisées en sept ou huit groupes. On ne

trouva ni vésicules, ni ulcérations, soit à la commissure des lèvres, soit à la face interne des joues. Sur le voile du palais et au niveau des amygdales, la muqueuse avait une coloration plus foncée qu'à l'état normal; il n'y avait pas d'adénite. On prescrivit de l'ipécacuanha en sirop et en poudre, de l'orangeade, du bouillon. Au moment de la visite du soir, le vomitif avait agi, la température était de 39°,4 ; les autres symptômes avaient conservé la même physionomie que le matin; la nuit fut troublée par des rêvasseries continuelles.

Le 13 mars, la situation restait à peu près la même que la veille; on constata le matin 39°,2 et 120 pulsations. Le facies était toujours animé, les vésicules tendaient à se dessécher. Il fut impossible de savoir si elles occasionnaient des démangeaisons, mais l'enfant semblait n'avoir que peu de tendance à y toucher. Le soir, la température constatée fut encore de 39°,2; pendant la nuit il y eut, comme pendant la précédente, de l'insomnie et du délire.

Le 14 mars, à la visite du matin, on ne trouva plus que 37°,8 et on s'aperçut que presque toutes les vésicules étaient dures et ratatinées. Le malade, qui jusqu'alors avait refusé les aliments et n'acceptait que des boissons fraîches, semblait avoir retrouvé l'appétit, et, ce jour-là, prit plusieurs potages. Les urines abondantes et claires ne contenaient pas d'albumine ; le soir, le thermomètre ne s'éleva qu'à 37°,6, et la nuit suivante fut complètement calme.

Le 15 mars, la température s'abaissait à 36°,2, le nombre des pulsations se maintenait à 96. L'enfant était gai, mais encore faible et incapable de se tenir debout. La dessiccation des vésicules était complète. Le soir, il y eut une légère élévation du thermomètre à 37°,8 avec un acccroissement de 10 pulsations. Mais, les jours suivants, le thermomètre s'abaissa au dessous de 37° et ne remonta plus au-dessus de 37°2. La langue se nettoya, le malade reprit de l'appétit, et ses selles, un peu diarrhéiques pendant les trois ou quatre premiers jours de son séjour à l'hôpital, redevinrent normales.

Le 18 mars, il fut en état de se lever et de rester hors du

lit, pendant plusieurs heures. Les croûtelles qui occupaient la place des groupes de vésicules ne se détachèrent que deux ou trois jours plus tard, vers le 20 ou le 21. Le 23 mars, l'enfant était complètement guéri et quittait l'hôpital.

Un autre petit garçon de 7 ans et demi entra quelques jours plus tard, c'est-à-dire le 1er avril, au n° 38 de la salle Saint-Ferdinand, avec des phénomènes fébriles d'une assez grande violence et dont le début remontait au 30 mars. Ce jour-là, il s'était plaint de courbature et de céphalalgie; il avait alors pris le lit pour ne plus le quitter; il n'était survenu chez lui ni vomissements, ni saignements de nez. Le jour de son entrée on constata une température de 40°, avec 130 pulsations. La face était hyperhémiée, l'œil vif et injecté; sur la langue, on voyait un enduit blanchâtre et homogène. Le malade, qui se rendait assez bien compte de son état, se plaignait de douleurs de tête. Le ventre était tendu, on trouvait des gargouillements dans la fosse iliaque droite; mais il n'y avait pas de sensibilité exagérée à la pression, pas de diarrhée; la nuit suivante fut mauvaise. Le jeune S... eut un délire assez violent, essaya plusieurs fois de sortir de son lit, et ne redevint calme qu'au lever du soleil.

Le 2 avril, on notait 39°,6 le matin, et 40°,5 dans l'après-midi: 120 à 125 pulsations avec une soif vive, de l'anorexie, des râles sibilants en arrière du thorax, du météorisme et un peu de diarrhée, de l'albumine en petite quantité dans les urines. L'enfant, qui répondait nettement aux questions qu'on lui adressait, fut très tranquille pendant la journée. On lui fit prendre une potion contenant 30 centigrammes d'acide phénique, avec du lait, du bouillon, de la limonade. Dans la soirée et pendant la nuit, le délire se reproduisit avec autant de violence que la veille et dura jusqu'au jour.

Le 3 avril, l'état fébrile avait la même intensité que le jour précédent; la langue était sèche et couverte d'un enduit blanc épais sur toute sa surface; l'enfant avait eu plusieurs selles liquides après avoir pris, à la fin de la nuit, un demi-verre d'eau de sedlitz; le ventre était toujours tendu. Au niveau de

la commissure labiale du côté droit, on pouvait constater l'existence d'un groupe de huit ou dix vésicules d'herpès qui s'étaient formées depuis vingt-quatre heures ; auprès de ce groupe, deux autres agglomérations de petites élevures vésiculeuses commençaient à apparaître sur la lèvre inférieure et du même côté que le groupe déjà constitué. Dans l'après-midi, le thermomètre qui ne dépassait pas 39°,6 le matin, s'éleva à 40°. Pendant la nuit qui suivit, il y eut encore beaucoup d'insomnie et d'agitation bruyante.

Le 4 avril, on trouva le petit malade avec 38°,6 et 96 pulsations ; sa langue était saburrale, mais humide, il y avait de l'inappétence et un peu de diarrhée, mais la soif avait diminué ; l'enfant était calme et ne se plaignait plus de mal de tête ; les groupes de vésicules s'étaient développés depuis la veille. Le soir, l'état fébrile diminua, le pouls tomba à 80, le thermomètre ne marqua plus que 38°. Le 5, l'enfant nous dit que l'appétit reparaissait ; en réalité, sa langue était presque nette, la température n'était plus que de 37°,6 ; la moitié des vésicules étaient sèches. L'amélioration s'accentua rapidement ; le 6 avril, le petit malade put prendre des aliments solides ; le thermomètre ne s'élevait plus au-dessus de 37°. Les jours suivants, la fièvre ne reparut pas, l'appétit et les forces augmentèrent rapidement. Le 9 avril, l'enfant put quitter son lit ; il conservait encore quelques croûtes qui se détachèrent toutes le 11 et le 12. Le 15 avril, il fut envoyé à l'asile de Larocheguyon ; son rétablissement était complet.

Trois autres cas de même nature ont passé sous mes yeux, depuis le commencement de l'année 1884 ; je n'ai conservé, à leur sujet, que des notes peu détaillées et je ne puis les exposer que très brièvement. Dans l'un, il s'agit d'un garçon de six ans, qui passa douze jours dans mon service, au mois de juin dernier. Cet enfant arriva à l'hôpital avec une fièvre intense ; la température s'élevait à 40°, le pouls dépassait 130. Il y avait un léger délire nocturne, une soif vive, une anorexie complète et de la constipation. Cet état persista pendant quatre jours, puis on vit se former le cinquième jour des

groupes de vésicules sur la joue et sur la partie supérieure du cou du côté gauche.

La température resta supérieure à 39°, et le chiffre des pulsations continua à dépasser 120, pendant deux jours encore après l'apparition des phénomènes éruptifs. Puis elle diminua d'une façon continue jusqu'au moment où, sur le désir des parents, l'enfant quitta nos salles. Les groupes de vésicules étaient alors complètement desséchés et tout élément fébrile avait disparu. J'ai observé les deux autres faits en dehors de l'hôpital, chez un garçon de quatre ans et chez une jeune fille de huit ans.

Le premier de ces deux enfants a présenté, pendant trois jours, de 38° à 39°, et de 110 à 130 pulsations avec de la céphalalgie ; un saignement de nez, de l'inappétence et une légère diarrhée, puis une éruption composée de deux groupes de vésicules, au voisinage de la commissure gauche des lèvres. Chez ce malade la fièvre a persisté pendant trois jours après l'apparition de la poussée herpétique, puis elle a cessé quatre jours avant la dessiccation des vésicules. A ce moment, la santé était complètement rétablie. Chez la petite fille, qui fait le sujet de la cinquième observation, l'évolution des phénomènes a procédé de la même façon que dans les cas précédents. On a constaté, d'abord, un état fébrile continu, mais de médiocre intensité, puisque le pouls n'a pas atteint un chiffre supérieur à 115, tandis que le thermomètre ne s'élevait pas à plus de 38°. Le quatrième jour après le début de la fièvre, on a vu naître d'assez nombreuses vésicules qui se réunissaient de façon à former trois groupes sur la lèvre supérieure et un quatrième groupe à la partie supérieure du cou, près de l'angle du maxillaire du côté droit.

L'état fébrile persista jusqu'à la fin du premier septénaire en diminuant, de vingt-quatre heures en vingt-quatre heures, à partir du cinquième jour. Les vésicules commencèrent à se dessécher quarante-huit heures après leur apparition et la dessiccation fut complète trois jours plus tard. Les dernières croûtes ne tombèrent que deux semaines après le commence-

ment de la maladie, qui ne laissait plus après elle, à ce moment, qu'un peu de faiblesse. Dans les deux derniers cas que je viens de citer, la convalescence fut très courte; le rétablissement se fit à peu près sans transition.

J'ai rencontré d'autres exemples du même état; mais je ne puis les citer ici, parce que je n'ai gardé sur leur compte aucune note écrite. Il me semble incontestable, d'après ceux que j'ai mentionnés, qu'indépendamment des fièvres qui rentrent dans la catégorie des dothiénentéries, indépendamment des affections à marche rapide et à symptomatologie peu complexe que l'on a désignées, à une époque antérieure à la nôtre, sous le nom de fièvres synoques et qui par leur courte durée, par leur issue toujours favorable, se détachent du groupe des fièvres typhoïdes, on peut observer, pendant la période infantile surtout, un ensemble pathologique dans lequel la fièvre et un processus éruptif jouent un rôle d'égale importance, comme dans une rougeole ou une scarlatine. L'élément fébrile apparaît le premier; la poussée éruptive lui succède au bout de peu de jours; la fièvre diminue alors et s'éteint progressivement, mais les manifestations cutanées lui survivent, et quelquefois un intervalle assez considérable s'écoule, entre le moment où l'élévation thermométrique et l'accélération du pouls ont cessé d'exister, et celui où le tégument a complètement repris ses caractères normaux. Il est facile de s'apercevoir qu'on retrouve ici une succession de stades distincts les uns des autres, comme dans la variole, la rougeole ou la scarlatine.

Pendant une première phase ou phase prodromique, il y a des troubles généraux, de la fièvre, mais l'éruption n'existe pas encore; les phénomènes éruptifs se manifestent ensuite et leur apparition coïncide avec le début d'une seconde période, pendant laquelle la fièvre diminue et disparaît. Puis vient un autre stade auquel il convient d'attribuer, suivant les circonstances, l'expression de stade de déclin, de dessiccation ou de desquamation, car tandis que tout ce qui appartient à l'élément pyrétique lui-même s'atténue brusquement ou par

degrés, ce qui est du domaine de la poussée éruptive tend à s'effacer aussi plus lentement, et par une série de transformations, dont la physionomie varie suivant la nature de la lésion cutanée qui s'est produite dans le principe. Cette évolution est la même que celle d'une rougeole ou d'une scarlatine; mais ici ce n'est pas d'un exanthème morbilleux ou scarlatineux qu'il s'agit, ce n'est pas d'une poussée de boutons, papuleux d'abord, puis pustuleux, qu'il est question, comme dans la variole. L'éruption est représentée, soit par une efflorescence exanthématique ou papuleuse, telle que l'érythème ou l'urticaire, soit par une réunion de vésicules ou de vésico-pustules, comme dans la miliaire, l'eczéma, l'impetigo ou l'herpès, de telle sorte qu'on a pu admettre l'existence de fièvres érythémateuses ou urticaires, de fièvres miliaires, eczémateuses, impétigineuses ou herpétiques. Il me semble hors de doute que ces différentes catégories de faits ne sont pas très rares dans la pratique des maladies infantiles; d'après mes observations personnelles, je suis porté à croire que, de toutes ces manifestations éruptives associées à un état fébrile continu, l'herpès est la plus commune. Je ferai remarquer, d'ailleurs, que les faits, dont j'ai donné l'analyse, présentent les uns avec les autres une grande ressemblance.

En effet, dans tous ces cas, la durée a été d'à peu près deux septénaires : la phase prodromique de trois à quatre jours, la phase éruptive de trois à quatre jours aussi, la phase de déclin ou de dessiccation d'un peu plus ou d'un peu moins d'une semaine.

La terminaison a été constamment heureuse, et la guérison a eu lieu presque sans convalescence. Il me reste à présenter quelques réflexions sur ces faits au point de vue de leur symptomatologie, de leur diagnostic, de leur pronostic et de leur traitement. Chez les cinq enfants, dont j'ai reproduit l'observation, le début a été caractérisé par une fièvre assez intense et qui s'est manifestée brusquement, avec de la céphalalgie, de l'inappétence, de la tendance à la constipation plutôt qu'à la diarrhée. Aucun d'eux n'a présenté ni d'éter-

nuements, ni d'enchifrènement, ni de conjonctivite, ni d'angine sérieuse, ni de vomissements. L'éruption s'est toujours traduite par des vésicules qui, en raison de leur petit nombre, de leurs dimensions considérables, de leur aspect, de leur disposition, ne pouvaient appartenir qu'à l'herpès. Il faut ajouter que ces poussées herpétiques se sont constamment développées autour de l'orifice buccal et, dans deux cas seulement, à la partie supérieure du cou, en même temps qu'au voisinage du sphincter des lèvres. Les groupes de cet herpès n'avaient pas la forme circulaire, la similitude avec un anneau ou une bande sinueuse qu'on remarque dans les éruptions qui ont le parasitisme pour origine; il s'agissait bien d'un herpès essentiel, limité aux parties supérieures de l'organisme.

Cet herpès était étroitement lié au processus fébrile qui l'avait précédé et qui a toujours disparu avant lui, et il jouait en réalité, vis-à-vis de l'élément pyrétique, le rôle qui appartient à l'exanthème de la rougeole et de la scarlatine, ou au bouton de la variole, relativement au mouvement fébrile et aux différents phénomènes qui annoncent la venue de la poussée éruptive. L'expression de fièvre herpétique, qui m'a paru pouvoir servir d'étiquette à mes observations, a donc sa raison d'être. Elle correspond à une réunion de symptômes qu'on rencontrera plus d'une fois dans la pratique, et constitue une éventualité qu'il faut faire entrer en ligne de compte, à côté de celles dont on peut se servir pour interpréter, à leur début, certains états pathologiques encore mal définis. Il n'est pas difficile en clinique de distinguer des faits de ce genre de ceux qui présentent avec eux quelques points d'analogie.

Les prodromes des fièvres éruptives, trop connus pour qu'il soit nécessaire de les rappeler, ne ressemblent pas à la phase initiale que nous avons étudiée ici. Jamais nous n'avons rencontré les troubles congestifs de la muqueuse nasale et oculaire qui appartiennent à la rougeole, ni l'accélération du pouls, la forte élévation thermométrique, l'angine violente

qu'on observe au commencement de la scarlatine, ni enfin les vomissements, les douleurs lombaires ou épigastriques, qui permettent de prévoir qu'une variole va éclater. A partir du moment où les vésicules commençaient à se montrer, il était également impossible de croire à l'existence d'un processus morbilleux, scarlatineux ou variolique, si l'on tenait compte de la physionomie spéciale et du siège qu'elles occupaient.

En présence de troubles gastriques survenant en même temps qu'un état pyrétique, il était permis de croire à l'invasion d'une dothiénentérie : mais dans la fièvre typhoïde, le début est habituellement plus insidieux, la transition de santé à l'état de maladie a lieu moins brusquement, la céphalalgie a plus d'importance, les épistaxis sont plus constantes ou plus abondantes que dans les cas qui ont servi de point de départ à ces considérations.

Plus tard, l'état des fonctions abdominales, l'aspect du ventre, la durée et la gravité des troubles généraux ont un cachet particulier quand il s'agit de fièvres continues graves, et l'erreur n'est plus permise. L'ensemble qu'on a désigné du nom de fièvre synoque se rapproche, sous plus d'un rapport, je dois le reconnaître, de ce que j'ai appelé fièvre herpétique. Je rappellerai cependant que les poussées herpétiques, signalées dans l'histoire de la synoque, apparaissent comme phénomènes critiques, c'est-à-dire qu'elles coïncident avec la disparition soudaine et complète de l'élément fébrile, tandis que, dans tous les cas que j'ai cités, la fièvre n'a cessé que plusieurs jours après le commencement de l'éruption, dont l'apparition n'a jamais semblé abréger la durée de la maladie, ni modifier son évolution brusquement et radicalement.

Je n'ai qu'une remarque à faire au point de vue du pronostic de la fièvre herpétique, c'est que, tout en débutant avec une certaine brutalité, elle est invariablement bénigne et de courte durée, et est suivie d'un prompt et complet rétablissement.

Le traitement qu'on peut lui opposer doit être d'une extrême simplicité ; on devra se borner à prescrire le repos avec

une chaleur modérée pendant huit ou dix jours ; l'usage du bouillon, du lait, des boissons diaphorétiques avant que l'éruption se soit manifestée. Plus tard, on reviendra par degrés à une alimentation substantielle que les jeunes malades ne tarderont pas à réclamer. Les troubles gastriques, qu'on rencontrera presque toujours à la période initiale, indiquent naturellement l'emploi des laxatifs ou même des vomitifs ; mais il faut toujours alors agir avec modération et se dire que souvent, en s'abstenant de recourir à ces moyens, on n'éloignera nullement le moment de la guérison. On raisonnera de même relativement à l'agitation nocturne, au subdelirium que quelques enfants présentent parfois, pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, au moment où la fièvre commence à se manifester. Ces perturbations sont passagères, rien n'oblige à les combattre directement et, si l'on *croit devoir* user à leur égard des antispasmodiques, on le fera avec réserve, et en persévérant le moins possible dans leur emploi. J'ai à peine besoin d'ajouter que l'éruption herpétique elle-même ne doit pas être troublée dans son évolution, et qu'il faut s'abstenir de toute médication qui n'aurait pas pour but d'assurer la formation régulière, et plus tard la chute des croûtes.

DE L'IGNIPUNCTURE DANS L'HYPERTROPHIE DES AMYGDALES.

Par le Dr L.-A. de Saint-Germain.

Dans une leçon clinique sur le traitement de l'hypertrophie des amygdales (1), je me suis déjà élevé contre l'abus qui avait été fait de l'amygdalotomie à une certaine époque.

Bien que je considère cette opération comme bonne, dans les cas de volume considérable des tonsilles, et que, chez l'enfant, elle ne présente que peu de dangers ; il faut cependant

(1) V. *Chirurgie des enfants*, p. 344.

compter avec les chances mauvaises, si minimes qu'elles puissent être. Sans parler en effet de l'hémorrhagie, qui chez l'enfant est absolument exceptionnelle, il faut, comme je l'ai indiqué fortement, toujours avoir présente à l'esprit la possibilité de l'envahissement de la diphthérie, à laquelle on laisse une porte largement ouverte par la plaie que l'on pratique. Deux faits malheureux de ce genre, observés par moi, et que j'ai rapportés dans la leçon citée plus haut, prouvent que cette crainte n'est pas absolument illusoire.

Si des enfants on passe aux adultes, ou même aux demi-adultes, l'hémorrhagie consécutive à l'amygdalotomie présente des dangers réels, avec lesquels il faut compter.

Enfin, il faut bien considérer que les amygdales ont un rôle physiologique et que ce rôle, si effacé qu'il soit, n'en est pas moins réel ; s'il est donc possible de conserver dans leur intégrité des glandes salivaires, dont la suppuration peut avoir des inconvénients; si l'on peut substituer à la résection d'un organe une réduction, par atrophie, du même organe, ce résultat mérite qu'on le poursuive. C'est pourquoi j'ai suivi avec attention toutes les tentatives qui ont été faites en ce sens, mais je dois dire que les procédés auxquels elles ont donné naissance m'ont paru jusqu'ici, soit d'une exécution difficile, soit d'une médiocre efficacité. C'est ainsi que les attouchements, les badigeonnages avec la teinture d'iode ou le perchlorure de fer m'ont semblé présenter des difficultés inhérentes aux précautions indispensables commandées par leur application ; sans compter que, dans un certain nombre de cas, le résultat ne m'avait pas paru bien concluant. Je ne parle que pour mémoire des cautérisations proposées à l'aide de godets chargés de potasse caustique. Je ne les ai, pour ma part, jamais pratiquées, et ne les conseillerai jamais, en raison des dangers qu'une semblable opération fait courir au malade.

Notre regretté confrère Krishaber avait imaginé l'ignipuncture à l'aide du thermocautère, qui paraît avoir donné entre ses mains des résultats favorables. Mais à la lecture de ses observations, l'inconvénient qui gâte ces beaux résultats éclate à la

vue. Il consiste dans le nombre des séances que réclame l'application de ce procédé. D'ailleurs cet inconvénient n'est pas le seul. On voit par ces mêmes observations que, dans l'immense majorité des cas, Krishaber n'a eu affaire qu'à des adultes ou à des malades raisonnables, se prêtant de bonne grâce à l'opération, et offrant au chirurgien des amygdales d'un volume considérable, en même temps qu'un orifice buccal assez large, pour que l'opérateur pût manœuvrer à l'aise; toutes conditions qui ne se réalisent pas au même degré chez l'enfant. Il s'agissait donc, pour rendre, chez ce dernier, l'ignipuncture des amygdales possible, d'une part de diminuer considérablement le nombre des séances, d'autre part d'inspirer à l'opérateur la plus grande sécurité, au moment de l'opération, en rendant l'occlusion de la bouche impossible et en lui donnant un champ parfaitement libre pour manœuvrer le thermocautère.

Ce double avantage me paraît avoir été réalisé dans des observations recueillies par moi, et dont l'heureux résultat m'a conduit depuis à multiplier singulièrement le nombre.

Ainsi qu'on a pu le voir, tout en rendant au procédé de Krishaber la justice qui lui est due, je n'avais pas pu l'appliquer chez l'enfant, pour les raisons que je développais plus haut, et j'en restais réduit à l'amygdalotomie, quand un heureux hasard me conduisit, cette année, chez notre habile fabricant d'instruments, M. Mathieu. Il me montra une série de spéculums de la bouche. Ce nom me semble convenir à des appareils de volumes variés, susceptibles de s'appliquer à toutes les bouches, et disposés avec une admirable simplicité pour produire trois effets précieux : le maintien de l'ouverture de la bouche au maximum, l'abaissement de la langue et l'éclairage de l'arrière-cavité buccale.

Le spéculum de la bouche consiste en un bracelet légèrement aplati de haut en bas, plus large par conséquent que haut, s'introduisant à frottement entre les incisives, et présentant à sa partie inférieure un prolongement destiné à déprimer la langue. Cet instrument, poussé dans la bouche de l'enfant, est retenu par un cran en relief placé à la partie supérieure qui,

lorsque les incisives supérieures l'ont dépassé, le retient en arrière de celles-ci, sans que le malade puisse s'en débarrasser. La langue, fortement déprimée par la pièce que je décrivais, permet l'examen parfait de la gorge, examen rendu plus facile encore par la lumière réfléchie sur la surface argentée du spéculum, si bien que, l'instrument mis en place, les amygdales apparaissent dans leur entier, sans que la langue puisse masquer en quoi que ce soit leur surface.

A peine eus-je examiné cet instrument que je résolus d'en faire l'application à l'ignipuncture des amygdales qui me semblait devoir être ainsi rendue beaucoup plus praticable.

Pour le dire dès à présent, quelques modifications me sembleraient dès l'abord indiquées. La première consisterait à élargir quelque peu la plaque qui constitue l'abaisse-langue. Celle-ci est un peu trop étroite et permet encore aux bords de la langue de se relever à droite et à gauche. De plus, pour faire saillir complètement les amygdales, il est nécessaire d'abaisser cette plaque à l'aide de l'index gauche qui la déprime. Ce doigt occupe une place assez considérable pour gêner l'opérateur. On remédierait facilement à cet inconvénient, à l'aide d'une poignée fixée à la partie antérieure et inférieure du spéculum, qui permettrait au chirurgien de produire un mouvement de bascule absolument efficace.

Passons sur ces modifications de détail qui seront absolument faciles à réaliser.

Muni des trois numéros du spéculum Mathieu, j'entrepris d'opérer par l'ignipuncture une petite fille de 9 ans, présentant une hypertrophie considérable des tonsilles, et dont les parents, tout en désirant vivement la réduction des amygdales de leur fille, s'opposaient absolument, en principe, à l'amygdalotomie.

L'enfant fut couchée sur le dos, et sa tête fut solidement maintenue par un aide.

Le numéro moyen du spéculum fut facilement introduit, poussé derrière les incisives, jusques et y compris le cran que je mentionnais plus haut, et maintenu dans cette position par

le pouce et l'index de ma main gauche. Les amygdales se développèrent pleinement sous mes yeux, et je pus introduire en toute sécurité le thermocautère. Je me servis de la pointe recourbée qui me permit de faire quatre cautérisations peu profondes sur l'amygdale droite et trois sur l'amygdale gauche. L'instrument fut aussitôt retiré, et l'enfant déclara n'avoir éprouvé qu'une douleur très légère. Quatre jours après, je revis la malade et constatai une réduction des amygdales que l'on pouvait évaluer à un tiers.

Quatre jours plus tard, c'est-à-dire huit jours après la première opération, je pratiquai une nouvelle ignipuncture, et cette fois la malade, rassurée par une première expérience, se prêta de si bonne grâce à l'opération, que je pus cautériser ses deux amygdales, l'enfant assise sur une chaise. Cette fois je fis une cautérisation plus profonde au centre de chaque amygdale. L'opérée fut revue par moi huit jours après. Une cicatrice en forme d'ombilic était visible à la partie moyenne de chaque amygdale, et ces deux glandes avaient repris des proportions absolument normales.

Encouragés par ce succès, les parents qui, en dehors du résultat favorable, avaient été frappés par l'absence absolue d'hémorrhagie, la facilité qu'avait eue leur enfant de manger le même jour de tous les aliments, de sortir, de vivre, en un mot, de la vie commune, les parents, dis-je, me prièrent de faire la même opération sur le frère de la jeune fille, un enfant de 4 ans, qui, en raison de son jeune âge, devait s'y prêter d'assez mauvaise grâce. Elle se fit pourtant chez lui comme chez sa sœur, avec la plus grande facilité, et le résultat a été aussi favorable.

Voici une série de faits heureux du même genre, recueillis par moi à l'hôpital, et dont les observations ont été prises par MM. Florand et Pennel, internes de mon service. On sait combien l'hypertrophie des amygdales est fréquente dans l'enfance. Chaque jour apporte de nouveaux succès à enregis-

trer; il y en a eu encore d'autres à noter après ceux que je vais mentionner ici.

OBSERVATION I. — *Hypertrophie des amygdales; ignipuncture.* — Marie B..., 8 ans, brune, maigre, intelligente, a les deux amygdales volumineuses et la déglutition souvent gênée de ce fait. Les amygdales débordent les piliers et sont régulièrement développées.

15 mai. M. de Saint-Germain fait l'ignipuncture de la manière suivante :

Après avoir introduit dans la bouche un spéculum spécial et fait maintenir solidement la tête de l'enfant, il enfonce dans chaque amygdale, à son centre, et à 1 centimètre de profondeur, l'extrémité recourbée de la pointe en platine du thermocautère Paquelin, chauffée en rouge sombre.

Cette cautérisation est répétée deux fois dans chaque amygdale, sans provoquer de vives souffrances.

Le 25. Les amygdales ont diminué d'un bon tiers. On cautérise de la même façon pour la seconde fois ; l'enfant est très docile, et se laisse introduire sans résistance le spéculum buccal.

1er juin. Le volume des amygdales ayant encore diminué notablement et ne causant plus de gêne pour la déglutition, M. de Saint-Germain cesse la cautérisation.

Les amygdales sont sillonnées de hachures, et sont de moitié moins grosses qu'avant l'ignipuncture.

OBS. II. — *Hypertrophie des amygdales; ignipuncture.* — Villach (Camille), 13 ans, petite, brune, non réglée. Cette enfant est peu intelligente, mais a l'air éveillé.

Parler nasonné, et surdité assez prononcée depuis 6 ans. Elle apprend difficilement ses leçons, et depuis plusieurs mois ne va plus en classe à cause de la peine qu'on éprouve à l'instruire.

Le thorax est bien conformé.

Les deux amygdales sont très grosses, et se touchent par leur face interne.

29 mai. M. de Saint-Germain pratique la cautérisation des amygdales. Après avoir introduit violemment le spéculum dans la bouche de la malade, il enfonce deux fois profondément dans chaque amygdale (à 1 cent. de profondeur) l'extrémité recourbée d'un cautère Paquelin.

La pointe de platine est chauffée au rouge sombre seulement.

L'opération est faite sans hémorrhagie, et l'enfant n'a accusé aucune douleur.

5 juin. L'enfant est ramenée le lendemain de la cautérisation ; elle a éprouvé de la gêne dans la gorge, mais pas de vraie douleur.

Les amygdales sont diminuées de volume, on aperçoit les sillons profonds creusés par le thermocautère.

On pratique de nouveau la cautérisation : la pointe du cautère est enfoncée très profondément à la face interne de chaque amygdale. De chaque côté, M. de Saint-Germain fait l'ignipuncture en deux points. Aucun accident.

Le 12. Les amygdales sont moitié moins volumineuses qu'il y a quinze jours. Elles sont découpées par les cautérisations qu'on y a pratiquées.

M. de Saint-Germain fait encore de chaque côté une cautérisation profonde au centre de l'amygdale.

Le 19. Les tonsilles ayant repris un volume normal, on juge inutile de cautériser de nouveau.

L'enfant a toujours la voie nasonnée, cependant la mère estime que la parole est un peu plus naturelle.

Obs. III. — *Hypertrophie des amygdales ; ignipuncture.* — Jeanne T..., 15 ans, grande, mais peu développée. Microcéphale. Physionomie peu intelligente. Bouche entr'ouverte. Lèvres volumineuses.

Non encore réglée.

Voix très nasonnée. Ouïe dure. La fillette apprend difficilement ses leçons.

Les deux amygdales sont très grosses, se touchent par leur face interne.

3 juin. M. de Saint-Germain pratique l'ignipuncture des deux amygdales. Le spéculum spécial introduit non sans peine entre les arcades dentaires, il enfonce profondément le thermocautère Paquelin dans chacune des amygdales à deux reprises différentes.

Le thermocautère à bec recourbé n'est chauffé qu'au rouge sombre : aucun écoulement de sang, aucune douleur accusée par l'enfant qui est très impressionnable.

L'enfant est revue cinq jours après par M. de Saint-Germain qui constate une réduction très notable du volume des amygdales, et juge inutile une nouvelle séance de cautérisation.

Dès le soir la jeune malade avait pu manger sans éprouver aucune gêne.

Obs. IV. — *Hypertrophie des amygdales; ignipuncture.* — Henriot (Jeanne), 12 ans 1/2, brune, grande, poitrine bien conformée, non réglée encore.

Cette enfant, intelligente et instruite, est sourde depuis 6 mois, et la surdité va toujours s'accentuant.

Parler naturel.

Les deux amygdales sont grosses, rouges, se rejoignent par leur face interne, n'occasionnant pas de gêne de la déglutition.

5 juin. On introduit dans la bouche le spéculum ad hoc, et M. de Saint-Germain enfonce profondément au centre de chaque amygdale, le bec recourbé du cautère Paquelin chauffé au rouge sombre.

L'enfant est docile, et ne bouge pas pendant la cautérisation, et n'accuse aucune douleur.

Le cautère est enfoncé en deux points différents à la face interne de chaque amygdale.

Le 12. La jeune fille a les amygdales moins rouges et surtout moins volumineuses. Elles n'arrivent plus à se toucher par leur face interne.

M. de Saint-Germain fait de nouveau une cautérisation profonde au centre de chaque amygdale, sans qu'il y ait de résistance de la malade.

Obs. V. — *Hypertrophie des amygdales; ignipuncture.* — Germaine L..., 8 ans, fillette très nerveuse. Les deux amygdales sont grosses, débordent les piliers, sans cependant se toucher sur la ligne médiane.

Timbre légèrement nasonné de la voix. Pas de surdité. L'enfant est intelligente, mais extrêmement capricieuse.

9 juin. Malgré une grande résistance, M. de Saint-Germain parvient à introduire de force dans la bouche le spéculum spécial perfectionné qu'il a fait fabriquer pour l'ignipuncture des amygdales.

De la main gauche il maintient le spéculum par le manche qu'il y a fait adapter; de l'autre il pratique la cautérisation. Dans l'amygdale gauche, il enfonce *profondément* en deux points le thermocautère Paquelin à bec recourbé; dans la droite, il ne fait la cautérisation qu'en un seul point, mais profondément aussi.

Il n'y a pas d'écoulement sanguin. L'enfant avale ensuite un peu d'eau fraîche.

En faisant ouvrir la bouche de l'enfant, on aperçoit très nettement les trois ouvertures profondes, noirâtres, qu'a faites le thermocautère.

Cinq jours plus tard, M. de Saint-Germain revoit l'enfant et constate une réduction du volume des amygdales qu'on peut estimer à un tiers.

Les points cautérisés sont détergés, trois larges orifices situés à la face interne des amygdales indiquent le passage du thermocautère.

Obs. VI. — *Hypertrophie des amygdales; ignipuncture.* — Branlat (Charlotte), 10 ans 1/2, blonde, taille moyenne. Parler très nasonné. Pas de surdité.

Depuis plusieurs mois, les amygdales sont grosses, et souvent occasionnent des angines.

Les amygdales sont très volumineuses, occupant pour ainsi dire tout l'isthme du gosier, se touchant par leur face interne; cryptes nombreux.

12 juin. L'enfant est assise sur les genoux d'un aide, on introduit sans peine le spéculum buccal, et M. de Saint-Germain fait au centre de chaque amygdale une cautérisation profonde de 1 centim. avec le thermocautère Paquelin chauffé au rouge sombre.

Aucune douleur.

3 juillet. Deuxième cautérisation.

Le 10. Troisième cautérisation.

Le 17. Quatrième cautérisation.

Le 24. Très bon état.

Obs. VII. — *Hypertrophie des amygdales; ignipuncture.* — Le nommé Stabiol (Pierre), âgé de 12 ans, vient à l'hôpital pour la première fois le 5 juin 1884.

Depuis plusieurs années, amygdalites répétées.

Pas de surdité. Un peu de nasonnement. Aucun traitement antérieur.

Etat actuel. — Les amygdales sont très volumineuses. Elles se touchent pas la partie supérieure de leur face interne et ne laissent qu'une très faible ouverture entre elles à la partie inférieure.

M. de Saint-Germain introduit sans difficulté le spéculum buccal et enfonce profondément dans chaque amygdale la pointe courbée du thermocautère Paquelin.

Il fait ainsi dans chaque amygdale un trou de 1 centim. de profondeur, et l'agrandit en y introduisant à deux reprises la pointe du thermocautère.

La douleur est presque insignifiante. Pas d'hémorrhagie.

Le 12. Le volume des amygdales a très considérablement diminué. L'inflammation a presque totalement disparu, et on n'aperçoit plus qu'une trace légère de l'ignipuncture.

M. de Saint-Germain fait de nouveau l'ignipuncture avec le thermocautère au-dessus et au-dessous du point cautérisé primitivement et beaucoup moins profondément que la première fois.

Obs. VIII. — *Hypertrophie des amygdales; ignipuncture.* — Mar (Isabelle), 7 ans, blonde, fillette intelligente, aurait toujours eu de grosses amygdales.

Parle du nez, sans surdité.

Amygdales volumineuses, débordant les piliers, et se touchant presque par leur face interne.

12 juin. L'enfant est assise sur les genoux d'un aide. M. de Saint-Germain introduit le spéculum buccal, enfonce le thermocautère Paquelin à 1 cent. de profondeur à la face interne de chaque amygdale. Cette cautérisation est faite sans effusion de sang et sans douleur.

Obs. IX. — *Hypertrophie des amygdales; ignipuncture.* — Le nommé Dandin (Gaston), âgé de 2 ans, vient à l'hôpital des Enfants, pour la première fois, le 12 juin 1884.

Ses amygdales sont volumineuses sans être tuméfiées, ni enflammées.

M. de Saint-Germain introduit sans difficulté le petit spéculum et cautérise assez légèrement chaque amygdale avec la pointe recourbée du thermocautère.

Douleur presque nulle. Pas d'hémorrhagie.

Obs. X. — *Hypertrophie des amygdales ; cautérisation.* — Alexandrine Grévin, âgée de 14 ans, vient à l'hôpital des Enfants pour la première fois, le 3 juillet 1884.

Amygdales volumineuses. Amygdalites souvent répétées depuis sept ans. Un peu de nasonnement. Pas de surdité.

Après avoir mis en place le spéculum buccal, M. de Saint-Germain

fait avec la pointe recourbée du thermocautère, et au centre de chaque amygdale, une cautérisation large et profonde. Aucun incident.

Le 10. Bon état. Diminution sensible des amygdales. Deuxième cautérisation.

Le 24. Très bon état.

Obs. XI. — *Hypertrophie des amygdales; cautérisation.* — Pirard (Henriette), âgée de 9 ans, vient à l'hôpital pour la seconde fois, le 26 juin 1884.

Au mois de janvier, M. de Saint-Germain a sectionné au bistouri l'une de ses deux amygdales. Le moignon n'en est nullement hypertrophié.

L'amygdale gauche, qui n'a pas été touchée, est très volumineuse.

M. de Saint-Germain fait à son centre, avec la pointe recourbée du thermocautère et après l'introduction du spéculum, une cavité de 1 centimètre de profondeur. Aucun incident.

3 juillet. Amélioration. Seconde cautérisation.

Le 10. Le volume de l'amygdale a considérablement diminué. Troisième cautérisation.

Le 17. Les amygdales ont un volume normal. L'enfant est renvoyée sans être cautérisée de nouveau.

Obs. XII. — *Hypertrophie des amygdales; cautérisation.* — Camille Crépin, âgée de 9 ans, vient, pour la seconde fois à l'hôpital, le 3 juillet 1884.

Au mois de mars, M. de Saint-Germain lui a sectionné au bistouri l'amygdale du côté gauche. Hémorrhagie assez abondante. Amygdale droite très hypertrophiée et sujette à des inflammations répétées.

Introduction du spéculum buccal. Cautérisation profonde et large au centre de l'amygdale. Aucun incident.

Le 10. L'amygdale s'est considérablement rétractée. Seconde cautérisation.

Le 17. Très bon état. Cautérisation très légère.

Obs. XIII. — *Hypertrophie des amygdales; cautérisation.* — Marie Chevreuil, âgée de 9 ans 1/2, vient à l'hôpital pour la seconde fois, le 10 juillet 1884.

Son amygdale droite a été sectionnée, il y a deux mois, au bistouri par M. de Saint-Germain. Elle a eu, pendant la journée qui a suivi l'opération, une hémorrhagie assez abondante.

Amygdale gauche très hypertrophiée. Cautérisation profonde au centre, avec la pointe recourbée du thermocautère et avec l'aide du spéculum buccal. Aucun incident à noter pendant l'opération.

Le 17. L'amygdale a considérablement diminué de volume. Seconde cautérisation.

Obs. XIV. — *Hypertrophie des amygdales; cautérisation.* — Vaucet (Emile), âgé de 4 ans, vient, pour la première fois, à l'hôpital, le 26 juin 1884.

Amygdales considérablement hypertrophiées. Maux de gorge assez fréquents.

M. de Saint-Germain introduit le spéculum buccal et fait avec la pointe recourbée du thermocautère, au centre de chaque amygdale, une cavité large et profonde.

Aucun incident à noter.

3 juillet. Bon état. Seconde cautérisation.

Le 10. Les amygdales ont considérablement diminué de volume. Troisième cautérisation.

Le 24. Très bon état.

Obs. XV. — *Hypertrophie des amygdales; cautérisation.* — Charles Mathieu, âgé de 10 ans, vient à l'hôpital pour la première fois, le 26 juin 1884.

Amygdales volumineuses. Maux de gorge assez fréquents. Un peu de nasonnement; pas de surdité.

M. de Saint-Germain, après avoir introduit le spéculum buccal, fait avec la pointe recourbée du thermocautère, au centre de chaque amygdale, une cavité de 1 demi-centimètre de profondeur environ.

Douleur presque nulle. Pas d'hémorrhagie.

3 juillet. Les amygdales se sont rétractées et la cavité est presque entièrement comblée. Deuxième cautérisation analogue à la première.

Le 10. Très bon état. Troisième cautérisation.

Le 17. Le volume des amygdales a considérablement diminué, et toute nouvelle cautérisation est devenue inutile.

Obs. XVI. — *Hypertrophie des amygdales; cautérisation.* — Roux vient à l'hôpital, pour la première fois, le 19 juin 1884.

Amygdales très volumineuses qui viennent toucher la luette par leur face interne et qui laissent entre elles un espace très étroit. Amygdalites répétées.

Pas de surdité. Un peu de nasonnement. Pas de traitement antérieur.

M. de Saint-Germain introduit sans difficulté le plus fort spéculum et fait, avec la pointe recourbée du thermocautère et à la partie moyenne de chaque amygdale, une cavité de 1 centimètre de profondeur.

Pas d'hémorrhagie, douleur presque nulle.

3 juillet. Les amygdales ont considérablement diminué de volume. Toute nouvelle cautérisation est jugée inutile.

Obs. XVII. — *Hypertrophie des amygdales ; cautérisation.* — Lorillot (Emile), âgé de 8 ans, vient pour la première fois à l'hôpital, le 26 juin 1884.

Hypertrophie considérable des amygdales qui laissent un très faible espace entre leurs faces internes.

Amygdalites fréquentes. Nasonnement assez marqué. Difficulté de la déglutition.

M. de Saint-Germain, après avoir introduit le spéculum buccal, fait au centre de chaque amygdale une cavité large et profonde, avec la pointe recourbée du thermocautère. Aucun incident.

3 juillet. Amélioration notable. Seconde séance de cautérisation.

Obs. XVIII. — *Hypertrophie des amygdales; cautérisation.* — Aline Gaunou, âgée de 12 ans, vient pour la première fois à l'hôpital, le 10 juillet 1884.

Hypertrophie considérable des deux amygdales.

Le 10. Première cautérisation large et profonde.

Le 24. Deuxième cautérisation. Les amygdales ont considérablement diminué de volume.

Obs. XIX. — *Hypertrophie des amygdales; cautérisation.* — Berthe Crépin, âgée de 4 ans, vient pour la première fois le 10 juillet 1884. Amygdales assez volumineuses et sujettes à des inflammations fréquentes.

Cautérisation à l'aide du spéculum buccal et du thermocautère.

Le 24. Très bon état. Toute nouvelle cautérisation est jugée inutile.

Obs. XX. — *Hypertrophie des amygdales ; cautérisation.* — Georgine Duhautier, âgée de 8 ans 1/2, vient pour la première fois à l'hôpital, le 17 juillet 1884.

Amygdales volumineuses souvent enflammées.

Le 17. Cautérisation à l'aide du spéculum buccal et de la pointe recourbée du thermocautère. Aucun incident.

Le 24. Le volume des amygdales a considérablement diminué. Nouvelle cautérisation.

Le 31. Très bon état. Les amygdales sont rétractées.

Il me reste à consigner ici quelques remarques, fruit de mon expérience. J'avais pensé à faire bénéficier mes petits malades de l'anesthésie chloroformique. A mon grand regret, j'ai dû renoncer à cette idée. Quelques précautions que j'aie prises, j'en ai trouvé l'application si difficile et même si dangereuse, que je n'hésite pas à la déconseiller de la façon la plus absolue dans cette opération.

Si, en effet, on anesthésie l'enfant avant l'introduction du spéculum, l'introduction de celui-ci devient extrêmement difficile ; si on fait précéder l'anesthésie de l'introduction du spéculum, l'enfant a la plus grande peine à respirer et ne tarde pas à se cyanoser. Cette disposition à l'asphyxie est du reste bien moins du fait du chloroforme que de la difficulté qu'éprouve le malade à respirer couché sur le dos, la langue absolument déprimée ; et comme, pour l'administration du chloroforme, le décubitus dorsal est indispensable, on voit qu'il faut absolument renoncer à son emploi.

Cette dyspnée considérable dans la position horizontale avec dépression de la langue m'a été démontrée chez une petite fille de mon service, chez laquelle le spéculum avait dû être maintenu en place trop longtemps, par suite d'un retard dans le fonctionnement du thermocautère. La cyanose s'accentuait de plus en plus et je dus retirer le spéculum pour lui permettre de faire quelques grandes inspirations.

On devra donc s'abstenir de chloroforme. L'enfant sera assis sur les genoux d'un aide qui, suivant la position classique de l'amygdalotomie, maintiendra ses jambes immobiles entre ses propres jambes, lui tiendra fortement les mains dans une de ses mains, et de l'autre, appliquée sur le front, lui immobilisera la tête en la serrant sur sa propre poitrine.

Autre détail important. Il sera nécessaire de ne pas trop chauffer la pointe du thermocautère. Ici en effet, comme toujours, la pointe portée au rouge blanc est non pas hémostatique, mais hémorrhagique, et un écoulement sanguin, plus ou moins abondant, serait la conséquence d'une telle application. Le rouge sombre devra être en conséquence adopté.

Enfin, comme toute médaille a son revers, je dois mentionner en terminant un fait récent qui montre que l'ignipuncture des amygdales, si elle n'expose pas autant les surfaces opérées à l'invasion de la diphthérie que l'amygdalotomie, ne les en garantit pas toujours.

Une jeune enfant de 9 ans s'est présentée, en juillet dernier, à ma consultation avec de très grosses amygdales. Le jeudi qui suivit, l'ignipuncture des deux amygdales lui fut pratiquée à l'aide de six pointes de feu.

Quatre jours après, elle se représentait à l'hôpital avec tous les symptômes de l'angine diphthéritique.

Placée dans le pavillon d'isolement, elle passa par les diverses phases de l'affection susdite, fut traitée par mon collègue chargé à ce moment du service, M. le Dr Simon, avec toute l'énergie que comportait son état, et, en fin de compte, quitta l'hôpital absolument guérie.

Ce fait qui aurait pu assombrir notablement ma statistique, au sujet de l'opération que je préconise, démontre au moins, comme je le disais plus haut, que la cautérisation par le feu n'est pas un préservatif absolu contre l'invasion de la diphthérie.

REVUES DIVERSES

I. — Bibliographie.

Chirurgie des enfants. — Leçons cliniques professées à l'hôpital des Enfants-Malades, par M. le Dr L. A. de Saint-Germain (1).

En 1873, M. le Dr de Saint-Germain entra comme chirurgien à l'hôpital des Enfants-Malades.

Pendant douze années, notre éminent confrère n'a pas cessé de faire, avec une persévérance qui ne s'est jamais lassée et une autorité qui n'a cessé de grandir, des conférences sur tous les sujets qui ont trait à la chirurgie infantile.

En 1883, il publiait ses leçons sur l'*Orthopédie* (2), qui eurent un grand et légitime succès. — Aujourd'hui, la science et la pratique lui sont redevables d'une œuvre dont l'importance est encore supérieure, parce qu'elle embrasse un plus vaste horizon et traite sous toutes leurs faces, les questions si variées, si complexes et si délicates que présente à chaque instant la chirurgie des enfants.

Cette œuvre est essentiellement personnelle; elle émane directement d'une expérience qui a la base la plus large qu'un médecin puisse souhaiter, c'est-à-dire un service d'hôpital très étendu et très actif. Eh bien, quand les innombrables documents que fournit une pareille expérience pendant des années, se trouvent fécondés par une intelligence aussi heureusement douée que celle de M. de St-Germain, comment n'en résulterait-il pas un livre remarquable? Celui-ci l'est à tous égards; et, parmi les nombreuses qualités qui le rendront précieux pour les élèves et les praticiens, on doit signaler; la netteté des vues, le bon sens et la sagesse des conseils, la science des indications, l'ingéniosité en même temps que la prudence des procédés opératoires, et, ce qui n'est pas un mince mérite,

(1) G. Steinheil, éditeur, Paris, 1884.
(2) Paris, J.-B. Baillière et fils, 1883.

l'exposition sincère et loyale des succès et des insuccès, ainsi qu'une appréciation profondément raisonnée des circonstances qui en ont été la cause.

Parmi ces belles leçons sur la *chirurgie des enfants*, il serait difficile de faire un choix, car elles sont toutes traitées avec le même soin et le même talent; mais quelques-unes par leur sujet se recommandent plus particulièrement, parce qu'elles sont peut-être d'une utilité plus immédiate que les autres. Telles sont, par exemple, les leçons consacrées au *traitement des fractures et des luxations*, à la *trachéotomie*, à l'*empyème*, aux *corps étrangers*, aux *calculs* et à la *taille*, à l'*anesthésie chirurgicale* chez les enfants, etc.

Nous voudrions qu'il nous fût permis de les analyser. Malheureusement l'espace nous est ménagé, et, à notre grand regret, nous sommes obligés de nous borner à une trop courte notice bibliographique. Du reste, nous ne pourrions en donner qu'une idée très imparfaite.

Il faut les lire et les méditer, et nous promettons à ceux qui suivront ce conseil que jamais tâche ne sera pour eux plus fructueuse et plus facile. C'est que, à la solidité du fond, s'ajoute une exposition claire, élégante, rapide, d'une tournure heureuse, d'une verve entraînante, et qui forcerait les gens les plus dédaigneux de la forme à convenir que l'esprit et les qualités littéraires sont toujours d'agréables et d'utiles auxiliaires de la science.

II. — Extraits divers.

Un poco de aforistica pediatrica (**quelques aphorismes de pédiatrie**), par le Dr Jose de Letamendi, dans les *Archivos de Ginecologia y enfermedades de la infancia*, Madrid, av. 1884.

I. — Les enfants sont comme les peuples : ils ne se plaignent pas sans cause, mais ils ne savent pas toujours pourquoi ils se plaignent.

II. — Chez l'enfant malingre et pâle, regardez les lèvres; si elles sont habituellement rouges, ne prescrivez pas les toniques des voies digestives. A la longue, vous auriez lieu de vous en repentir.

III. — En thèse générale, à enfant triste, lésion encéphalique; à enfant agité, lésion abdominale; à enfant somnolent, l'une ou l'autre de ces deux sortes de lésions.

IV. — Chez le médecin qui soigne beaucoup d'enfants, germe peu

à peu cette idée que la moitié au moins des adultes, criminels ou vésaniques, le sont devenus par influence morbide abdominale.

V. — La vie au grand air, la propreté de la peau et 30 grammes d'huile de ricin de temps en temps, sont les trois principaux moyens de l'hygiène infantile.

VI. — *Discuter la valeur clinique de la trachéotomie dans le croup, en niant l'authenticité des cas non authentiques et l'exactitude du diagnostic dans les cas dont l'authenticité est indiscutable, c'est dépenser inutilement son temps.* Croup ou non croup, *quand un malade est asphyxié par obstruction positive du larynx, il est plus rationnel pour le médecin d'ouvrir un accès à l'air que de croiser les bras ; il faut l'avoir fait, ne fût-ce que pour signer sans remords un certificat de décès.*

En des jours de plus haute vaillance chirurgicale, la trachéotomie aurait certainement pris rang dans la petite chirurgie, comme une opération simple à pratiquer d'urgence.

VII. — La dentition est une véritable gestation multiple dans laquelle il faut moins tenir compte de la poussée verticale de chaque dent que de la compression réciproque de toutes les dents les unes contre les autres, contre les filets nerveux et les parois osseuses des alvéoles. Cette dernière poussée, sujette à des exacerbations isochrones aux mouvements lunaires et en quelque sorte cataméniales, est d'un pronostic plus sérieux pour l'encéphale parce qu'elle ne cède pas aux moyens directs, pas même au débridement gingival. Le seul moyen qui réussisse est indirect : *forcez l'enfant en nourriture* pour mettre son énergie générale et locale à la hauteur de l'épreuve à laquelle le soumet la pression transversale.

VIII. — Des incisives *serruliformes* ou à bord dentelé, dans la première dentition, cela est mauvais et cela est détestable dans la seconde. C'est la première expression de tout un groupe d'histopathies par manque de force minéralisatrice (rachitisme), mais des incisives *serruliformes* avec des os robustes, une occlusion rapide des fontanelles, surtout quand ces dentelures, au lieu d'être nombreuses, petites et aiguës, sont rares, grandes et obtuses, c'est un signe de constitution herculéenne.

IX. — Frapper la dentition en général du pronostic justifié par la première dentition est une généralisation de conséquences funestes. Ne pas oublier que les enfants, en faisant leurs premières dents, font en même temps leur second estomac et leur second intestin.

X. — Le corps des enfants offre une telle *transparence acoustique*

que, dans les cas de nécessité ou de simple opportunité, on a la faculté de les *ausculter avec la main*. Cet organe se transforme ainsi en un véritable *téléphone vivant* par lequel se révèle au médecin tout ce qui pourrait être constaté par l'ouïe.

XI. — Il y a lieu de distinguer avec précision dans la pratique entre une affection due à la présence des lombrics et le cas dans lequel les lombrics sont dus à une affection. Dans le premier cas, les vermifuges sont indiqués. Dans le second, ils nuisent.

XII. — Tant que l'enfant n'est pas en état de parler d'une manière claire et distincte, ses relations avec le médecin sont purement objectives. Dans la clinique infantile, il nous faut étudier avec le même soin que les médecins-vétérinaires la correspondance exacte des lésions avec la physionomie du malade.

XIII. — Il y a lieu de constater chez la femme un vice non encore enregistré jusqu'ici dans les annales de la concupiscence, la *mastomanie* ou l'*allaitement sensuel*. Ce vice n'est pas rare chez les nourrices, soit veuves, soit sevrées de rapports sexuels, et chez quelques jeunes mères. D'autant plus dangereuse qu'elle se couvre du manteau de l'abnégation, cette aberration du sens génésique qui transporte avec le *molimen lacteum* les sensations abdominales à la région thoracique, peut, une fois transformée en habitude, amener un abus ou une prolongation de la lactation, contre lesquels se tiendra en garde, dans l'intérêt de la mère et de l'enfant, le médecin sagace, discret, prévoyant et sévère (1).

Un cas d'hémiplégie passagère paraissant due à la présence de lombrics dans le canal intestinal (Contribution à l'étude de l'hémiplégie réflexe, par le Dr H. Girard) (2).

Observation. — Petite fille de 4 ans environ, nerveuse, de consti-

(1) *Un peu d'aphorismes*, a dit fort sagement l'auteur de ces maximes, sous-entendant probablement qu'il ne faudrait pas abuser de cette forme d'exposition doctrinale. Sous cette réserve, il a paru intéressant de reproduire ces maximes, empreintes, pour la plupart, d'une grande sagesse pratique et d'un relief rares dans leur expression. (*La Rédaction.*)

(2) A propos de la thèse du Dr Gaudard : *Contribution à l'étude de l'hémiplégie cérébrale infantile*. Genève, 1884, dans la *Revue médicale de la Suisse romande*, 15 août 1884. *Résumé.*

tution délicate, fille unique d'une mère légèrement hystérique dans sa jeunesse et d'un père atteint de syphilis cinq ans avant son mariage. Pas de signes de syphilis héréditaire. Ni rachitisme, ni scrofulose; pas de troubles cardiaques.

Attaques d'éclampsie concomitantes avec les poussées de la dentition, la dernière il y a quatre mois, après une indigestion. Quelques maux de ventre pendant les dernières semaines.

Elle a été prise subitement de convulsions cloniques limitées à la face et aux extrémités supérieure et inférieure droites, ayant duré une heure environ, accompagnées de perte de connaissance momentanée, et à la suite desquelles on s'est aperçu que tout le côté était paralysé.

Flaccidité complète de la jambe et du bras droits et abolition totale des mouvements volontaires dans les membres paralysés; la petite malade, très intelligente, pleure en constatant l'impossibilité de les remuer. Elle répond correctement aux questions, mais avec lenteur, en tordant la bouche par élévation de la commissure gauche. Déglutition intacte. Réflexes égaux des deux côtés. Pas de troubles de la sensibilité dans le côté droit. Pupilles égales, immobiles et dilatées. Temp. 39° C.

Le calomel est donné sans conviction, à cause des antécédents syphilitiques du père.

La petite malade vient le lendemain sur ses pieds, gaie et souriante, et raconte qu'après une nuit un peu agitée elle a expulsé une trentaine de lombrics.

L'hémiplégie a complètement disparu et ne s'est jamais reproduite.

Traitement du rachitisme par le phosphore, par M. Kassowitz (*Zeitschrift für klin. Med.*, VII; *Gazette hebdomadaire*, n° 22, et *Journ. de med. de Paris*, 20 septembre 1884).

Depuis 1879, Kassowitz donne le phosphore aux enfants rachitiques, à la dose *maxima* d'un 1/2 milligr. par jour, même pour un enfant d'un certain âge.

On peut administrer le médicament avec l'huile de foie de morue, 60 grammes pour un milligramme de phosphore ou de la façon suivante :

℞ Huile d'amandes douces.....	30 grammes.
Phosphore..................	0,001 milligramme.
Gomme arabique............	15 grammes.
Sucre......................	15 —
Eau distillée................	40 —

Prendre une à deux cuillerées à café par jour.

Kassowitz a publié un grand nombre d'observations dont la lecture semble appuyer l'emploi de cette méthode.

Association française pour l'avancement des sciences (session de Blois). — *Section des sciences médicales.* — Présidence de M. Nicaise. (D'après la *Semaine médicale* du 25 septembre 1884.)

1. *Du traitement des tumeurs érectiles par l'électrolyse.* — M. Delore (de Lyon). — Le siège de prédilection des tumeurs érectiles étant habituellement la face, on comprend combien la question de cicatrice acquiert de l'importance. Elle doit être l'objet principal de la préoccupation du chirurgien pour le choix d'un procédé opératoire.

Dans la plupart des cas, il faut opérer de bonne heure ; l'opération est alors minime, la plupart des procédés réussissant et ne laissant pas de cicatrices.

Une bonne méthode doit avoir les qualités suivantes : elle doit être précise, assez puissante pour enlever le mal et ne faire que des cicatrices aussi légères que possible.

L'absence de précision s'adresse à la cautérisation en général et, en particulier, au perchlorure de fer, que j'ai vu souvent déterminer des eschares et des cicatrices difformes.

Pour que l'opération soit assez puissante pour détruire les vaisseaux et les cavités vasculaires analogues à celles du placenta et des sinus utérins, il faut que l'opération puisse être renouvelée à volonté, car aucune méthode ne peut se vanter de détruire en une seule fois l'élément morbide. L'absence de précision et l'impossibilité de recommencer l'opération constituent le vice capital de la vaccination.

Les véritables tumeurs érectiles ne peuvent être guéries sans laisser de cicatrices; quel que soit le procédé, s'il y a guérison, il y a destruction.

Je crois que l'électrolyse est un excellent procédé, infiniment supérieur aux autres, applicable à la plupart des tumeurs érectiles, à

celles dont le volume n'est pas très considérable et dont la marche n'est pas envahissante.

L'électrolyse offre, en effet, tous les avantages d'une bonne méthode. Elle est éminemment précise : avec une fine aiguille d'or et en s'aidant de la loupe, au besoin, on peut attaquer les vaisseaux les plus fins et les plus déliés.

Le courant électrique peut avoir une grande puissance et agir avec une énergie destructive des plus rapides; on peut graduer le courant à volonté.

L'électrolyse laisse aussi peu de cicatrices que possible ; quand on veut faire disparaître un vaisseau isolé, peu volumineux, il suffit de le piquer et de faire passer un faible courant pendant un espace de temps très court. Si le tissu morbide occupe une surface continue, on produit çà et là de petits foyers cicatriciels, et quand le tissu inodulaire a tout envahi, on s'arrête.

La possibilité de recommencer l'opération autant de fois que besoin est, permet d'agir tout d'abord avec modération et prudence et, par conséquent, de ne pas dépasser le but.

Dans l'électrolyse, on le sait, ce n'est pas la chaleur, mais l'électricité qui décompose les tissus. Il y a là non pas une action thermique, mais une action chimique du courant.

Le succès de l'électrolyse, je n'hésite pas à le dire, après une longue pratique, réside tout entier dans un appareil qui fonctionne régulièrement. Je me sers de l'appareil Chardin, imaginé pour le cabinet du docteur, c'est-à-dire pour un service intermittent. Il fonctionne au moyen d'une solution de bichromate de potasse. La pile est en porcelaine émaillée, à deux compartiments; le liquide occupe le compartiment inférieur; le compartiment supérieur renferme les éléments zinc et charbon. L'appareil fonctionne quand il est couché sur le dos, et cette situation anormale indique après l'opération qu'il faut le remettre au repos. Le nombre des éléments est en raison de la force qu'on veut obtenir.

Voilà près de deux ans que je possède ce nouvel appareil, et il n'a pas eu un seul instant de défaillance.

Le mode opératoire est le suivant : l'enfant placé sur les genoux d'un aide, le chirurgien se met en face, tenant entre ses mains deux aiguilles d'or avec lesquelles il pique les vaisseaux principaux, qu'on suppose alimenter l'angiome; on laisse l'aiguille en place, d'autant

plus longtemps qu'on désire obtenir une action plus rapide et plus énergique.

A un moment donné, si le sujet est âgé de quelques mois seulement, et si la tumeur est de moyenne dimension, la surface devient complètement pâle et blanchâtre, et le chirurgien doit suspendre son action. Ce n'est pas que tous les vaisseaux soient définitivement détruits, mais si l'on continuait à faire passer le courant électrique, on produirait une escharification complète de la tumeur. Or, ce n'est pas ce qu'on veut obtenir. Le chirurgien doit rechercher, à mon avis, des îlots cicatriciels aussi petits et aussi nombreux que possible, dont la rétraction amène la sténose des vaisseaux adjacents en exerçant sur eux une action trophique.

Mais, dans les cas graves, on va bien au delà, et l'on est obligé de recourir à la destruction du tissu morbide.

Une opération d'électrolyse, si l'appareil fonctionne énergiquement, doit durer cinq minutes environ.

Il ne faut pas se dissimuler que l'électrolyse est un procédé douloureux ; les malades s'y soumettent avec répugnance, mais il ne faut jamais les anesthésier. Il est bon d'abréger, chez les enfants, la durée de la séance.

Il peut y avoir une hémorrhagie quand on retire l'aiguille des sinus ou cavités sanguines que contient la tumeur. Pour prévenir cet accident, il faut retirer l'aiguille très lentement en la faisant tournoyer; de la sorte, on coagule le sang, qui fait bouchon.

Quelques instants après l'opération, la pâleur s'atténue et la circulation se rétablit dans tous les points où la cautérisation électrolytique n'a pas été effectuée. Dans ces points, se forme une petite croûte, un gonflement se produit et la suppuration s'établit. Dans les cas de grosse tumeur seulement, on observe une légère réaction fébrile.

Au bout de huit à dix jours, la tuméfaction diminue et il devient possible à l'opérateur de se rendre compte du travail accompli. En général, c'est au bout de quinze jours qu'il est préférable de commencer une seconde opération, si on la juge nécessaire.

Voici, maintenant, le procédé que j'ai adopté dans les cas de tumeurs volumineuses qui nécessitent une large ablation. Je pédiculise linéairement la tumeur, en faisant la ligature par le procédé de Rigal (de Gaillac), puis je la fends dans toute son étendue et je pratique l'ablation des tissus morbides après avoir disséqué la peau. Cela

fait, j'applique au fond de la cavité une lanière de pâte de Canquoin recouverte d'une mèche de charpie, et je recouds la peau par-dessus. Au bout de neuf ou dix jours, l'eschare se détache.

2. *L'asthme chez les jeunes enfants*, par M. le Dr CHAUMIER (du Grand-Pressigny). — L'asthme des jeunes enfants est plus fréquent qu'on ne pense. Presque tous les médecins d'enfants en ont vu des cas. L'auteur en a observé six, au-dessous de 3 ans.

Ce n'était pourtant pas l'accès d'asthme classique survenant brusquement la nuit et disparaissant le lendemain, lequel, par parenthèse, est plus rare qu'on ne croit, même chez l'adulte. La dyspnée persistait aussi bien le jour que la nuit; il existait parfois un calme relatif, mais les paroxysmes étaient le plus souvent nocturnes.

Dans tous les cas, l'asthme avait la forme catarrhale et pouvait être très facilement confondu avec une bronchite suffocante. L'examen attentif des organes a fait reconnaître que la dyspnée n'était due ni à la tuberculose des ganglions péribronchiques, ni à une maladie du cœur, ni à l'emphysème consécutif à une bronchite chronique.

Le traitement employé a été : l'iodure de potassium, les inhalations d'oxygène, l'iodure d'éthyle, qui a paru calmer le plus vite la dyspnée sans amener, pourtant, un calme complet. Il doit être continué pendant longtemps jusqu'à la guérison de l'asthme qui peut disparaître complètement de lui-même, en laissant cependant quelquefois après lui une difformité du thorax et une gêne respiratoire d'origine emphysémateuse.

Communications chirurgicales faites à la réunion annuelle des naturalistes et médecins allemands siégeant cette année à Magdebourg, du 18 au 23 septembre, d'après la *Semaine médicale* du 25 septembre 1884.

1. *Résection de la hanche dans les luxations congénitales*. — M. HEUSNER (de Barmen) présente une malade atteinte de luxation congénitale des articulations coxo-fémorales, chez laquelle il a pratiqué avec succès la résection de la tête du fémur. Après avoir essayé en vain l'extension avec des poids, l'appareil de Taylor, etc., etc., M. Heusner se décida pour l'opération qu'il a pratiquée et qu'il recommande vivement. Comme on n'a pas affaire à des os cariés et à des organes en suppuration, l'opération peut être faite sans danger. La crainte

de ne pas trouver une cavité cotyloïde dans laquelle on puisse introduire le col du fémur n'est pas fondée, parce qu'en tous cas on peut facilement en faire une à l'endroit voulu.

2. *Extirpation totale de la clavicule.* — M. Petersen (de Kiel) a extirpé la clavicule dans un cas d'ostéomyélite aiguë chez un jeune homme de dix-sept ans; la clavicule était déjà à moitié dépouillée du périoste huit jours après le début de la maladie. Quatre semaines après l'opération, l'os était régénéré et ne différait de la clavicule primitive que par une plus grande grosseur. Au bout de six semaines, le patient put travailler.

III. — Nécrologie.

Le 19 septembre dernier a succombé à Naples, à une attaque de choléra, le professeur Luigi Somma, fondateur et directeur de l'*Archivio di pathologia infantile*, recueil italien de pédiatrie, qui a commencé sa carrière, il y a deux ans, en même temps que la *Revue mensuelle des Maladies de l'Enfance.*

Nous ne pouvons mieux faire que de reproduire les nobles et émouvantes paroles que son frère, le chirurgien Giuseppe Somma, rédacteur aussi de l'*Archivio*, emploie dans un avis mortuaire pour annoncer cette perte cruelle.

« Frappé le 19 du présent mois (septembre), ce savant illustre, cet homme sans tache, ce citoyen exemplaire, avec une résignation incomparable, a paisiblement fermé ses yeux pour le sommeil éternel. »

Le numéro de septembre de l'*Archivio*, encadré de noir, contient, en même temps que cette triste nouvelle, la suite d'un remarquable travail de Luigi Somma sur l'*anémie splénique infantile*. Rappelons d'autres travaux déjà parus dans le même recueil : *De la trachéo-sténose par hypertrophie congénitale du thymus; Sur une nouvelle forme de purpura hémorrhagique; Sur le traitement de la toux convulsive.* (Voy. *Archivio di pat. inf.*, 1883-1884.)

Le gérant : G. Steinheil.

Paris. — A. Parent, imprimeur de la Faculté de médecine, A. Davy, successeur, 52, rue Madame et rue Monsieur-le-Prince, 14.

REVUE MENSUELLE

DES

MALADIES DE L'ENFANCE

Décembre 1884

TRAVAUX ORIGINAUX

DU TABES DORSAL SPASMODIQUE
CHEZ LES ENFANTS

Par le Dr d'Heilly, médecin de l'hôpital Trousseau.

Le professeur Charcot a séparé du groupe des myélites chroniques, et décrit sous le nom de *tabes dorsal spasmodique*, vers 1875, une affection signalée, à peu près à la même époque, par Erb (d'Heidelberg) qui l'a qualifiée de *paralysie spastique*. Il s'agit d'une affection chronique, à évolution très lente et très graduelle, sans aucun doute d'origine spinale et dont la symptomatologie, fort restreinte, se borne à une parésie des membres inférieurs, qui est le fait de la contracture des masses musculaires, à la trémulation spontanée ou provoquée et à l'exagération marquée des réflexes tendineux.

Cette affection se développe surtout chez l'adulte; cependant

Erb, Seeligmuller (1), D'Espine et Picot en ont rapporté un certain nombre d'observations chez l'enfant, et on trouve dans les auteurs (Heine, Little, Adams) des cas de difformités et de paralysies chez les enfants qui semblent s'y rapporter. Nous en observons en ce moment quelques cas à l'hôpital Trousseau, et il nous a paru intéressant, en les exposant, de passer en revue l'histoire de la maladie.

Observation I. (Due à l'obligeance de M. Cadet de Gassicourt.) — F... (Louis), 5 ans, entré le 30 août 1883.

L'enfant est le produit d'une grossesse gémellaire; son frère jumeau, dont le crâne était incomplètement développé, ne vécut que quelques minutes. Le père et la mère, bien portants, ne sont entachés ni d'alcoolisme, ni de syphilis; la mère n'a pas fait de fausse couche.

L'enfant n'a jamais marché seul, mais depuis l'âge de 3 ans, il peut se tenir debout, en prenant un point d'appui solide. Il a commencé à parler vers 18 mois.

La maladie daterait de l'âge de 8 mois; à cette époque, la mère s'aperçut qu'elle avait de la peine à écarter les jambes de l'enfant, les membres inférieurs étaient raides, contracturés au même degré, tandis que les bras se mouvaient librement. Par moments, la raideur disparaissait pour revenir soit spontanément, soit au moindre contact. Un mois après, se montrait un tremblement qui se produisait quand on soulevait l'enfant par les bras ou qu'on faisait reposer ses pieds sur une table. Dans les mois qui suivirent, la contracture s'accentua, les jambes se croisèrent, et si l'on faisait disparaître cette attitude, elle se reproduisait dès qu'on abandonnait les membres à eux-mêmes.

Des douches froides et la faradisation amenèrent une amélioration, le croisement permanent des jambes disparut, et les intervalles pendant lesquels la contraction cédait furent plus prolongés.

État actuel. — Les muscles des membres abdominaux sont contracturés; les pieds, en varus équin, ne peuvent être redressés sans résistance notable; pas d'atrophie des muscles.

Quand l'enfant est debout, la contracture augmente, les membres inférieurs sont dans l'adduction, le pied en équin repose sur l'extré-

(1) *Progrès médical*, 1876.

mité métatarso-phalangienne. Les jambes s'entrecroisent et le pied qui oscille vient se placer directement en avant de celui qui porte le poids du corps. Le petit malade ne peut faire que quelques pas, en prenant un point d'appui sur les bras qui le soutiennent. Par moments, la contracture cède complètement et les jambes deviennent flasques; mais si l'on touche le malade même légèrement, ou s'il veut faire un mouvement, la raideur reparaît.

Réflexes rotuliens et plantaires très exagérés. Contractilité faradique normale.

Dans la station debout, les deux membres sont pris de tremblements épileptoïdes qu'on provoque d'ailleurs aisément des deux côtés, en relevant brusquement l'avant-pied. Ce trémulus est plus accusé à droite.

Il n'y a jamais eu de douleurs ni spontanées, ni provoquées par la pression. La sensibilité est intacte; l'intelligence peu développée, le regard hébété; la parole est normale.

Le crâne offre une disposition vicieuse et asymétrique : la face postérieure est complètement aplatie, les bosses frontales, surtout la gauche, très saillantes. La région occipito-pariétale droite forme un relief volumineux, la région correspondante à gauche étant remarquablement plate.

Dans cette observation, on trouve les symptômes très nets de la paralysie spasmodique : contracture, tremblement épileptoïde, exagération des réflexes; la motilité seule est atteinte, c'est par là que les accidents ont débuté, et la sensibilité est tout à fait normale.

Observation II. — Henriette M..., 7 ans, entrée le 24 juin 1884.

A l'âge de cinq semaines, l'enfant a eu des convulsions très violentes, qui ont duré trois jours; quand, à 17 mois, on l'a retirée de nourrice, elle ne marchait pas, et avait eu à deux reprises encore des convulsions. Vers deux ans et demi, les jambes sont devenues raides, surtout les pieds; l'articulation du genou l'était également, mais pas assez pour ne pas fléchir quand on mettait l'enfant debout ; les jambes ne pouvaient être écartées qu'avec peine, et par instants, il se produisait du tremblement. Il n'y a eu alors ni fièvre, ni symptômes douloureux d'aucune sorte. L'enfant n'a parlé qu'à 4 ans. A part les convulsions, il n'y a jamais eu aucune maladie générale. Père et mère

bien portants, n'ayant pas été atteints de syphilis, et non suspects d'alcoolisme; une sœur en bonne santé.

État actuel. — Les jambes sont contracturées, les pieds dans l'extension forcée et la rotation en dedans, surtout le droit qui est absolument rigide. La flexion de la jambe sur la cuisse rencontre une certaine résistance, moindre toutefois que celle du pied sur la jambe. Les membres inférieurs sont rapprochés l'un de l'autre et l'on éprouve à les écarter une certaine difficulté. Cette contracture des adducteurs s'est modifiée ultérieurement et, quatre mois après l'entrée, elle est devenue bien moindre. Les mouvements volontaires de la jambe sont encore possibles.

Lorsqu'on découvre la malade, les pieds sont pris spontanément d'un tremblement que l'on provoque plus sûrement encore si, le genou étant fléchi, on relève brusquement l'avant-pied. Le réflexe rotulien est exagéré; la sensibilité dans tous ses modes, au contact, à la piqûre, au froid, est restée normale.

Quand on pose l'enfant sur ses pieds, elle se tient debout et peut marcher en s'appuyant aux lits. Le poids du corps porte alors sur le talon antérieur et les pieds se rencontrent à chaque pas. La marche ressemble à une sorte de sautillement, mais les jambes ne sont pas lancées en avant comme dans l'ataxie. L'enfant peut se tenir sur une seule jambe, la gauche, mais non la droite. La contractilité électrique est normale, les masses musculaires ne sont pas atrophiées; l'embonpoint est médiocre et les tissus assez pâles. Aucun trouble des fonctions de la vessie ou du rectum.

La motilité des membres supérieurs est normale et ils ne sont affectés d'aucune modification.

Plus tard, vers la fin de juillet, les phénomènes d'épilepsie spinale ont disparu et le tremblement provoqué est moins facile à obtenir; la contracture des adducteurs a presque cessé, et l'enfant peut marcher sans que les pieds s'accrochent, mais l'extension forcée des pieds n'a pas varié.

Dans ce cas également, les troubles de la sensibilité font défaut. Il s'est produit dans la contracture des adducteurs une modification remarquable, et le spasme a aujourd'hui presque entièrement disparu de ce côté, sans que nous ayons eu recours au bromure qui n'eût amené, du reste, qu'une sédation de courte durée.

Observation III. (Recueillie par M. Carlier, interne du service.) — Marie B..., 7 ans. Entrée le 7 juin 1884.

L'enfant n'a eu aucune des maladies du premier âge, elle a commencé à marcher à 15 mois jusqu'à deux ans; son intelligence était alors normale; vers deux ans, elle a été prise de convulsions qui ont duré toute une journée, avec des cris qui paraissaient être l'expression d'une vive douleur; il ne semble pas y avoir eu de fièvre. A la suite de la crise, paralysie des quatre membres et marche complètement impossible. Durant un an environ, la malade cessa de parler et éprouva une grande difficulté à avaler les boissons. Peu à peu le mouvement revint dans les membres supérieurs; l'intelligence, à la suite des accidents convulsifs, resta très obtuse; la parole revint partiellement au bout d'une année à peu près, mais la malade ne peut construire de phrases, l'expression des plus humbles conceptions lui est interdite, elle n'articule que des mots isolés pour demander les choses indispensables. La miction et la défécation sont volontaires. La contracture daterait de deux ans; les parents ne peuvent dire si l'enfant a été prise quelquefois de tremblements spontanés.

Père et mère bien portants et sans antécédents diathésiques, une sœur et quatre frères en bonne santé; aucun accident nerveux dans la famille.

État actuel. — Les membres inférieurs, appliqués l'un contre l'autre et même légèrement croisés par le bas, sont complètement contracturés; les jambes sont un peu fléchies sur les cuisses et celles-ci sur le bassin, les pieds en extension forcée et un peu dans l'adduction, les orteils fléchis. Si l'on veut étendre la jambe, ou ramener le pied à la flexion normale, on doit exercer un certain effort, et les parties reprennent leur position anormale aussitôt qu'on les abandonne à elles-mêmes. Les cuisses paraissent ankylosées dans leur articulation pelvienne, leur extension amène une ensellure marquée et leur flexion rencontre une très grande résistance. Les genoux juxtaposés ne peuvent, sans difficulté, être écartés l'un de l'autre. La marche est impossible, la malade ne peut se tenir debout, les jambes restant croisées; les pieds en équin reposent sur l'articulation métatarso-phalangienne. Debout ou couchée, l'enfant ne peut faire exécuter aucun mouvement volontaire aux membres pelviens.

Le réflexe rotulien est exagéré. La trépidation du pied est provoquée des deux côtés par la flexion de l'avant-pied, et quand elle fait défaut, on la produit facilement, le genou et la hanche étant fléchis;

elle dure assez longtemps. Le tremblement spontané n'a pas été constaté.

Les bras se laissent fléchir et étendre sans résistance; les mouvements volontaires, bien que lents, sont parfaitement libres et assez précis, mais la force déployée dans la flexion des doigts est très diminuée, et quand la malade serre la main qu'on lui présente, on est surpris de la faiblesse de l'effort exercé.

La sensibilité est très émoussée dans les membres inférieurs, il y a un retard dans la perception; lorsqu'on enfonce une épingle dans les tissus, la malade ne sourcille pas, puis, après un temps assez long, ele retire lentement le membre; il en est de même pour le chatouillement plantaire qui n'est perçu que tardivement. Il y a là, en tous cas, plus qu'un simple retard, car la piqûre et le pincement, obscurément perçus, ne provoquent jamais la moindre plainte. Sur le reste du corps, la sensibilité existe, mais un peu obtuse.

La contractilité électro-musculaire est normale. Il ne semble pas y avoir d'atrophie musculaire, autant que permet de l'apprécier l'épaisseur de la peau, très marquée surtout aux membres inférieurs, et semblant être le résultat d'un vice de nutrition.

État général excellent, fonctions de l'intestin et de la vessie normales.

Intelligence peu développée; l'enfant reste impassible aux questions qu'on lui adresse, mais elle échange, paraît-il, quelques paroles avec ses voisines. Le masque est sans expression, bien que la physionomie ne soit pas celle d'une idiote. Le crâne est régulièrement conformé.

Les troubles de la sensibilité, très accusés dans cette dernière observation, la distinguent, d'une façon très tranchée, du type décrit par Erb et Charcot, et rendent passible de sérieuses objections le diagnostic de paralysie spasmodique. Quant aux troubles moteurs, ils rentrent bien nettement dans le cadre du tabes spasmodique.

Les symptômes, on a pu le voir dans nos observations, sont peu nombreux, et la physionomie de l'affection n'est pas variée : Contracture des membres inférieurs, exagération des réflexes, tremblement épileptoïde spontané ou provoqué. C'est là tout.

La contracture débute dans les premières années, à huit

mois dans un de nos cas, à deux ans et demi dans les autres ; d'ordinaire, c'est en habillant l'enfant que sa mère éprouve une certaine difficulté à lui faire fléchir les genoux ou écarter les jambes. Au lit, les membres inférieurs se raidissent de temps en temps, surtout les pieds qui sont dans l'extension et la rotation en dedans, en varus équin. Les muscles extenseurs de la jambe sur la cuisse et les adducteurs de la cuisse sont contracturés, ce que l'on sent très bien au palper à travers la peau.

Les membres affectés deviennent, par moments, comme des barres rigides, inflexibles ; les genoux sont souvent dans une légère flexion, et il faut vaincre une résistance pour les étendre ou les fléchir davantage.

Les petits malades, tantôt spontanément, tantôt sous l'action d'un contact, ou simplement parce qu'on relève les couvertures, sont pris d'un tremblement épileptoïde limité aux pieds, mais qui peut se propager aux membres abdominaux et même au corps tout entier ; on provoque sûrement cette trépidation lorsque, saisissant l'avant-pied qui est dans l'extension, on le fléchit sur la jambe en le relevant brusquement.

La rigidité, qui se montrait d'abord par accès, tend à devenir permanente ; elle retarde le moment où l'enfant peut marcher.

Si l'on met l'enfant sur les jambes en le soutenant par les bras, les cuisses, inégalement fléchies sur le bassin, déterminent une inclinaison latérale du tronc ; les genoux aussi fléchis se touchent ; les pieds, dans l'extension forcée, portent sur l'articulation métatarso-phalangienne. Les membres inférieurs rigides et appliqués l'un contre l'autre, ne se séparent qu'à l'aide d'efforts pendant lesquels le tronc se renverse fortement en arrière. Dans la progression, les pieds frottent sur le sol, s'accrochent au moindre obstacle, et s'embarrassent l'un dans l'autre en se croisant.

Aucun de nos petits malades ne marche seul, à peine peuvent-ils rester debout et faire quelques pas en se tenant aux

lits. L'un d'eux marche quand il est soutenu, et son allure a l'apparence d'un sautillement. Le tremblement épileptoïde est, chez quelques enfants, provoqué par la station debout, et il vient encore entraver la marche.

Chez nos malades, les membres supérieurs sont libres, mais il n'en est pas toujours ainsi : la contracture peut gagner les bras, mais c'est là une aggravation tardive. Il y a alors de la parésie des mains avec flexion involontaire des doigts, intermittente d'abord, puis continue ; le poignet se raidit ainsi que le coude dans l'extension et la pronation ; les bras sont appliqués contre le thorax.

Avec la rigidité se montre un phénomène connexe et qui relève de la même explication physiologique, c'est l'exagération des réflexes tendineux qui, d'après Charcot, précède la contracture, persiste pendant toute sa durée et lui survit ; elle est ordinairement très accusée au genou, moins au pied ; chez l'enfant, elle est moins marquée qu'à l'âge adulte.

Les symptômes restent pendant toute la durée de la maladie limités à la motilité, et le tableau clinique est très monotone. Les diverses manifestations douloureuses, qui font cortège aux différentes formes de myélite, sont ici complètement absentes : ni rachialgie, ni sentiment de constriction, ni douleurs en ceinture ; pas de sensations de froid, de fourmillement, ou d'engourdissement dans les membres ; pas de douleurs fulgurentes qui ne manqueraient pas de provoquer des cris chez les petits patients.

La sensibilité cutanée et profonde est normale ; il n'y a ni hyperesthésie, ni anesthésie. Dans une de nos observations, il existe une anesthésie très marquée des membres inférieurs, aussi ne présentons-nous ce cas que sous le bénéfice de réserves expresses. Quelquefois, comme Westphal et Berger en ont cité des exemples, la myélite interstitielle passe des cordons latéraux à la partie adjacente des cordons postérieurs, et les symptômes de l'ataxie compliquent ceux de la contracture spasmodique.

Les fonctions des sphincters sont normales : il n'existe ni rétention d'urine ni incontinence, ce qui est remarquable chez des enfants dont la moelle est touchée. Les masses musculaires des membres inférieurs ne sont nullement atrophiées, et la contractilité électrique y est normale.

La nutrition est florissante chez une de nos malades, et si chez les deux autres elle est quelque peu languissante, cela tient sans doute au séjour prolongé au lit.

La durée de la maladie est illimitée et la terminaison par guérison complète des plus rares ; les symptômes persistent indéfiniment sans amélioration, ou, s'ils vont en s'aggravant, la maladie n'entraîne jamais directement, et par elle-même, la terminaison fatale. Le malade de l'observation I est à l'hôpital depuis plus d'un an, sans modifications sérieuses ; la jeune Marie B... présente de la contracture depuis quatre ans et demi, et la dernière malade depuis deux ans.

Lorsque la mort survient, elle est amenée par une affection intercurrente, le plus souvent la tuberculose. A sa période d'état, le tabes est plutôt une infirmité qu'une maladie et, théoriquement au moins, rien n'empêcherait nos petits malades d'atteindre l'âge adulte, s'ils ne vivaient dans un milieu où les affections contagieuses amènent souvent des dénouements soudains.

Bien qu'on puisse l'observer chez l'enfant, le tabes spasmodique est une affection qui atteint plutôt les adultes de 30 à 50 ans ; elle est d'ailleurs peu commune, puisque, à la Salpêtrière, dans « ce grand *emporium* des misères humaines », consacré presque tout entier aux maladies chroniques du système nerveux, Charcot, dans la leçon qu'il lui a consacrée, n'en a pu montrer à ses auditeurs que cinq cas. On l'observerait un peu plus souvent chez l'homme que chez la femme. Ces causes sont peu connues ; on trouve signalée l'action prolongée du froid humide, relevée dans un certain nombre de cas ; chez l'enfant, on invoque l'influence des coups et des chutes ; ce sont là des causes banales dont l'action est douteuse. Il y a une forme congénitale qui résulte probablement

d'un arrêt ou d'une irrégularité de développement dans le faisceau moteur, ou qui est liée à un traumatisme exercé par le forceps.

Little a vu la sclérose latérale succéder à un accouchement laborieux où l'enfant était né avec de la cyanose; il l'attribue à une congestion spinale due à l'asphyxie.

Le nervosisme chez les ascendants paraît avoir ici sa part : le père d'un petit enfant observé par d'Espine et Picot était épileptique depuis l'enfance, et la sœur de ce dernier sourde-muette; un autre était fils de consanguins, et chez ses ascendants les unions entre parents remontaient à plusieurs générations.

Dans nos observations, il n'existait pas d'antécédents héréditaires: l'un des enfants est le fruit d'une grossesse gémellaire et son frère jumeau, qui n'a vécu que quelques heures, avait un arrêt de développement du crâne.

Dans les antécédents personnels de nos malades, nous n'avons pas noté l'existence de maladies générales graves dont on pût se servir pour expliquer le développement des accidents.

(A suivre.)

DEUX CAS D'ABSENCE CONGÉNITALE DU POUMON GAUCHE

Par le Dr E. Théremin,
Médecin de la maison des Enfants-Trouvés de Saint-Pétersbourg.

L'absence congénitale d'un poumon n'a jamais été reconnue sur le vivant, et les quelques cas que l'on trouve relatés par les auteurs prouvent suffisamment que ce vice de conformation ne se présente à l'observation des médecins que comme une curiosité fort rare. Ces cas sont tellement rares que, sur plus de trente mille nécropsies faites pendant vingt-cinq ans à la maison des Enfants-Trouvés de Saint-Pétersbourg, ce vice a été trouvé deux fois seulement. Ces deux observations sont

identiques en tout point et peuvent contribuer à trouver une explication satisfaisante au point de vue tératologique. L'un des cas s'est présenté en 1880 et l'autre en 1882.

OBSERVATION I (n° 5,839). — Fille née le 27 août 1882; fut apportée le 2 septembre. Poids du corps, 2.400 grammes, longueur, 47 centim., circonférence de la tête, 32 centim., circonférence du thorax, 28 centim. La tête est bien conformée, les paupières sont enfoncées, s'écartent difficilement et ne laissent voir qu'une partie des globes oculaires atrophiés. Le reste du corps semble normal. Le 4 septembre, à sa visite du matin, le médecin ordinateur (Dr Brunner) constata de la fièvre, 38° C., une respiration fort accélérée, de la matité à la percussion de la poitrine en arrière, et à l'auscultation, un souffle bronchique et des râles sous-crépitants disséminés. L'enfant ne prenait pas le sein de la nourrice. Ordonnance : sinapismes volants sur le thorax, teinture de musc (3 gouttes) et solution de carbonate d'ammoniaque (0,03) à prendre alternativement toutes les deux heures. Le soir, la température s'éleva à 38°,5 C.

5 septembre, matin, température, 38°, cyanose de la face; le soir, 38°,3. La même médication est continuée et, pendant la journée, l'enfant se mit à téter plusieurs fois et la respiration fut moins accélérée et plus ample.

Le 6, au matin, on trouva une température de 36° C., le ventre ballonné, la respiration fort accélérée, face cyanotique; pas de selle pendant la nuit précédente. A l'auscultation, souffle bronchique dans les *deux côtés* de la face postérieure du thorax. Mort dans la nuit. A l'autopsie, faite douze heures après la mort, l'enfant ne pesait que 2.880 grammes, longueur du corps, 48 centim., circonférence de la tête, 32 centim., circonférence du thorax, 28 centim.; hyperémie veineuse fort intense du cerveau, absence totale du poumon gauche, hyperémie et hépatisation presque totale du poumon droit; le foie et la rate ne sont pas augmentés, mais hyperémiés, surtout le foie.

L'*Autopsie* fut faite par notre prosecteur (Dr Werner), qui eut l'obligeance d'exciser tout le contenu du thorax, ainsi que toute la partie antérieure du cou et de conserver le tout dans l'esprit de vin. Le médecin traitant avait cru avoir affaire à une pneumonie étendue et fut naturellement fort étonné du résultat de l'autopsie. L'enfant avait vécu onze jours, et pendant les huit premiers jours il ne devait présenter rien d'anormal, car ni le médecin qui le reçut au 2 septembre, qui le pesa et le mesura, ni le médecin traitant, à sa visite du matin au 3 septembre, n'ont pu constater aucune autre anomalie que l'état rudimentaire des globes oculaires. Quant à la cage thoracique, elle ne présentait aucune difformité. Dans l'observation suivante, le thorax fut conservé et ne présentait de même aucune anomalie.

Deux jours plus tard, en examinant les parties du thorax, qui avaient été conservées, on ne pouvait pas constater exactement leur position rétrospective. Voilà ce que fournit l'examen :

L'unique poumon droit ne présente aucun vestige d'une séparation en lobes, il a une hauteur de 6 cent. 5 en arrière et de 5 centim. en avant. La face inférieure du poumon est inclinée d'avant et d'en haut en arrière et en bas et présente une face ovalaire de 5 centim. 7 de longueur et de 3 centim. 5 de largeur. Le larynx est normal, la trachée se continue directement avec la bronche droite. A la place de la bronche gauche on trouve un petit renflement hémisphérique cartilagineux. (Voir fig. 3.) Le cœur est large et court, à pointe arrondie, formée par le ventricule droit (fig. 1). L'oreillette droite reçoit les deux veines caves distendues. La configuration de cette oreillette est normale et ses parois sont épaissies par suite du développement des fibres musculaires ; le trou ovale est ouvert largement (6 millim. de diamètre), l'orifice auriculo-ventriculaire droit a 3 centim. 5 de circonférence intérieure. Les deux ventricules sont plus larges que longs, la base des ventricules a une circonférence de 11 centim. 5 (dont 6 centim. 5 pour le droit et 5 centim. pour le gauche). En me-

surant le cœur du haut du bord droit, le long de ce bord en passant sur la pointe et jusqu'en haut du bord gauche, les ventricules ont une périphérie de 8 centim. 5 (dont 4 centim. 5 pour le bord droit et 4 centim. pour celui de gauche). La valvule tricuspide est épaissie, mais en apparence suffisante. Le cône pulmonaire (infundibulum) est raccourci et sa paroi postérieure n'a qu'une étendue de 3 millim. L'endocarde du ventricule droit, ainsi que celui du cône pulmonaire, est épaissi, terne ; les valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire sont épaissies, mais leur disposition et leur conformation sont normales. L'artère pulmonaire a 2 centim. 4 de circonférence intérieure, à 1 centim. en amont des valvules semilunaires ; elle donne naissance à l'artère pulmonaire droite (circonférence intérieure 1 centim.), puis se rétrécit et se transforme en conduit de Botal de 6 millim. de longueur (circonférence intérieure 1 centim. 5), qui s'ouvre dans la paroi inférieure de la crosse de l'aorte par une ouverture de 1 centim. 3 de circonférence. L'oreillette gauche n'a qu'une hauteur de 1 centim.; ses parois sont épaissies. Au niveau de l'orifice auriculo-ventriculaire, elle n'a que 1 centim. de largeur. L'auricule gauche est bien développée. En ouvrant l'oreillette gauche, on s'aperçoit qu'elle ne reçoit *aucune* veine pulmonaire et sa cavité ne communique qu'avec l'oreillette droite par le trou ovale (fig. 2) et avec le ventricule gauche par l'orifice auriculo-ventriculaire gauche (3 centim. 5 de circonférence).

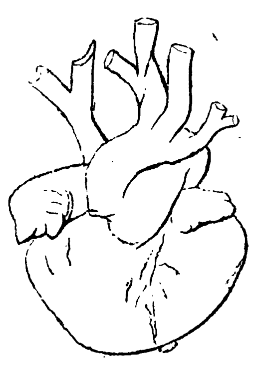


FIGURE 1

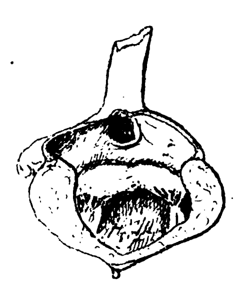


FIGURE 2.

La valvule bicuspide est normale quant à sa disposition et l'endocarde de tout le cœur gauche n'est pas épaissi. La racine

de l'aorte et ses valvules semilunaires sont normales. L'aorte ascendante a une circonférence extérieure de 2 centim. 2; la crosse de l'aorte (1 centim. 4 de circonférence externe) donne naissance aux artères innominée, carotide gauche et sous-clavière gauche, se rétrécit ensuite (1 centim. de circonférence externe), reçoit le conduit de Botal, puis s'élargit (2 centim. 7 de circonférence externe) et se transforme en aorte descendante. (Voir fig. 3.) Les veines pulmonaires se réunissent en un gros vaisseau (circonférence intérieure, 1 centim.) qui

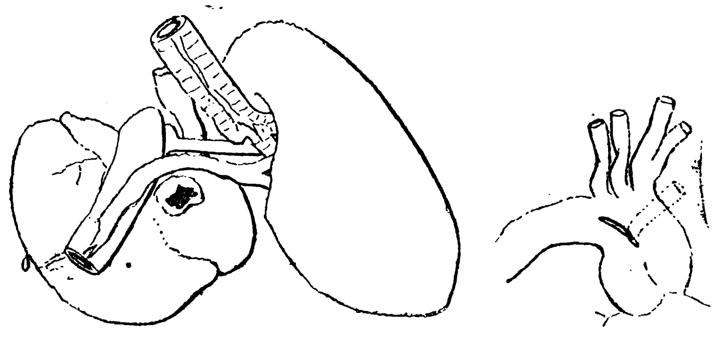


FIGURE 3. FIGURE 4.

communique directement avec la veine azygos distendue. La communication qui devait avoir existé entre la veine azygos et la veine cave supérieure a échappé à l'investigation. Dans la fig. 4 (1), on voit l'aorte ainsi que le conduit de Botal. Les mesures sont prises exactement. La fig. 3 présente la face postérieure.

Le second cas a été observé par mon collègue le Dr Crusé, qui a eu l'obligeance de me donner les notes prises pendant la vie de l'enfant, ainsi que les parties conservées dans l'esprit de vin. A l'autopsie de l'enfant il avait conservé le thorax avec

(1) Les dessins ont été tous faits d'après nature et au moyen de l'appareil du professeur Lucaer (grandeur naturelle). (*Note de l'auteur.*) Ils ont été réduits ici d'un tiers. (*La Rédaction.*)

le diaphragme, le foie, le poumon et le cœur. Le péricarde et le thymus avaient été enlevés.

Obs. II. N° 1.076. — Fille née le 9 février 1880, poids du corps, 2,970 grammes, longueur, 47 centim. 5, circonférence de la tête, 34 centim., circonférence du thorax, 31 centim. 5.

10 février. Cyanose générale, cœur normal, respiration vésiculaire perçue faiblement. L'enfant tette peu. Ordonnance : teinture de musc, 3 gouttes toutes les deux heures.

Le 11. Teinte ictérique de la peau. L'enfant tette mieux.

Le 15. Ictère intense.

Le 18. Poids du corps, 2.900 grammes.

Le 25. Poids, 2.850 grammes. Cyanose faible. L'enfant tette mieux.

Le 29. Anémie, cyanose. Toux rare, pas de râles à l'auscultation. Tette mieux.

3 mars. Poids, 2.850 grammes.

Le 7. Toux, râles sibilants.

Le 10. Poids, 2.750 grammes.

Le 17. Poids, 2.900 grammes. Cyanose des lèvres et des extrémités. Cette cyanose est faible et point constante. L'exploration minutieuse du cœur ne donne aucun signe anormal. A l'auscultation de la poitrine on entend des râles muqueux dans le poumon droit; à gauche, la respiration est perçue très faiblement. Dans le lobe *supérieur gauche*, râles muqueux. Dans la partie antérieure et supérieure, ainsi que dans l'étendue du lobe inférieur gauche, matité presque complète. Aucune fièvre. Ordonnance : infusion de digitale (0 gr. 18 pour 60,0) avec carbonate d'ammoniaque (0 gr. 02 par dose).

Le 24. Poids, 2.820 grammes. Toux forte; quant aux autres symptômes, aucun changement.

Le 30. Poids, 2.760 grammes.

3 juin. Respiration *à gauche* plus forte.

Le 7. Cyanose constante et plus forte. Râles sous-crépitants dans les lobes moyens et inférieurs droits.

Le 12. Râles sous-crépitants dans le lobe supérieur droit; dans le lobe moyen et inférieur droit, la respiration est plus claire. La matité à la percussion de tout le côté gauche est restée sans changement. Ordonnance : iodure de potassium et carbonate d'ammoniaque alternativement.

Le 14. Dans le *lobe supérieur gauche*, râles sous-crépitants.

Le 21. Poids, 2.730 grammes.

Le 25. Respiration faible dans le *lobe inférieur gauche*, matité à la percussion plus forte.

Le 28. Poids, 2.800 grammes.

12 mai. Poids, 2.840 grammes.

Le 15. Vomissements. Fièvre peu forte.

Le 16. L'enfant tette fort peu. Cyanose intense.

Le 17. Température, 39°,8. Cyanose très forte. Mort dans la soirée.

En résumé : cyanose au début, respiration superficielle; ensuite, toux peu forte, râles muqueux dans le *côté gauche* en haut, signes de pneumonie à droite, matité simulant une pleurésie exsudative gauche, cyanose plus constante et plus forte. Mort à l'âge de 127 jours — plus de quatre mois de vie. En examinant les parties, voici ce qu'on trouve :

Conformation normale du thorax. La cage thoracique est remplie par le seul poumon droit fort développé, et par le cœur, qui est placé à gauche au-dessus du diaphragme, obliquement de droite à gauche et de haut en bas. La base du cœur ne dépasse pas la ligne médiane et sa pointe touche le sixième espace intercostal sur la ligne axillaire interne. Dans presque toute son étendue, le péricarde adhère à la paroi thoracique gauche. Le diaphragme, le foie et la rate ne présentent rien d'anormal. Le poumon droit a une étendue, de bas en haut en arrière, de 8 centim., sur la face externe, de 6 cent. 5 et, le long de son bord antérieur, de 4 centim. (fig. 5). Sur la face postérieure et latérale du poumon (fig. 6) on trouve dans sa partie supérieure une rainure de 1 centim. de profondeur, qui divise le poumon imparfaitement en deux lobes inégaux. La face inférieure du poumon présente une surface ovalaire de

6 centim. 5 de longueur ; elle présente un plan incliné d'arrière et d'en bas, en avant et en haut. Le larynx est normal. La trachée se continue directement avec la bronche droite. A la place de la bronche gauche on trouve un renflement cartilagineux, hémisphérique, de la grandeur d'un petit pois. A son entrée dans le poumon, la bronche droite se divise en deux fortes branches.

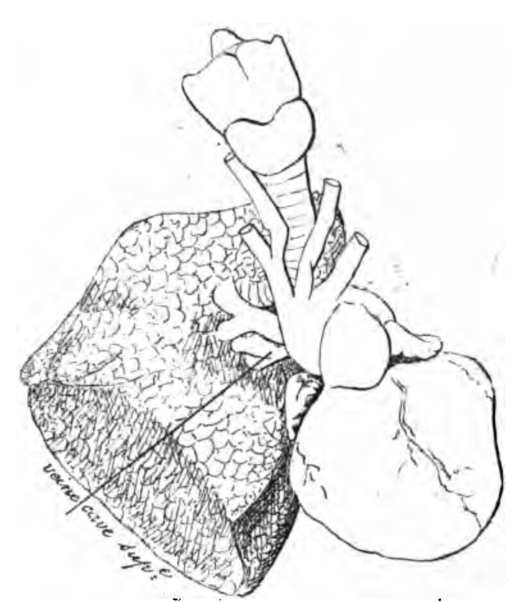


FIGURE 5.

Le cœur a tourné sur son axe, de sorte que le ventricule droit présente son bord latéral en avant. Le cœur est large à la base des ventricules ; sa pointe est arrondie et est formée par les deux ventricules. Circonférence de la base des ventricules, 12 centim. 5, dont 7 centim. pour le ventricule droit et 5 centim. 5 pour le gauche. En mesurant les ventricules le long du bord externe du ventricule droit, puis dépassant la pointe, le long du bord externe du ventricule gauche, on trouve 9 centim. 5, dont 5 centim. 5 appartiennent au ventricule droit et 4 centim. au ventricule gauche. La position respective des cavités du cœur est normale. L'oreillette droite reçoit les deux veines caves, ses parois sont épaissies par hypertrophie des fibres musculaires. Le trou ovale est ouvert en partie. L'orifice auriculo-ventriculaire droit a une circonférence de 4 centim., la valvule tricuspide est épaissie, mais normale et en apparence suffisante. Les

muscles papillaires du ventricule sont très développés et l'épaisseur de la paroi à la base du ventricule est de 8 millim. Le cône pulmonaire est court, sa paroi postérieure de la base des valvules semilunaires jusqu'au bord de la colonne charnue se rendant de la cloison à l'anneau musculaire de l'orifice auriculo-ventriculaire droit, est de 5 millim. L'artère pulmonaire, munie de valvules semilunaires normales, non épaissies, est très large à sa base (1 centim. 5 de diamètre extérieur) et a une étendue de 2 centim. 3 jusqu'à la crosse de l'aorte. Le conduit de Botal est oblitéré complètement. L'artère pulmonaire ne donne qu'une seule branche droite. Sur la paroi gauche de l'artère pulmonaire on ne trouve aucun vestige rudimentaire de l'existence antérieure d'une artère pulmonaire gauche. L'oreillette gauche (fig. 7) ne reçoit aucune veine pulmonaire; elle communique par le trou ovale avec l'oreillette droite et par l'orifice auriculo-ventriculaire avec le ventricule gauche. L'auricule gauche est moins développée que l'auricule droite et toute la cavité de l'oreillette gauche est notablement rétrécie. La valvule du trou ovale est développée considérablement et proémine dans la cavité de l'oreillette gauche. Circonférence de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, 3 centim. 3. La valvule bicuspide est suffisante et normale. L'épaisseur des parois du ventricule gauche à la base est de

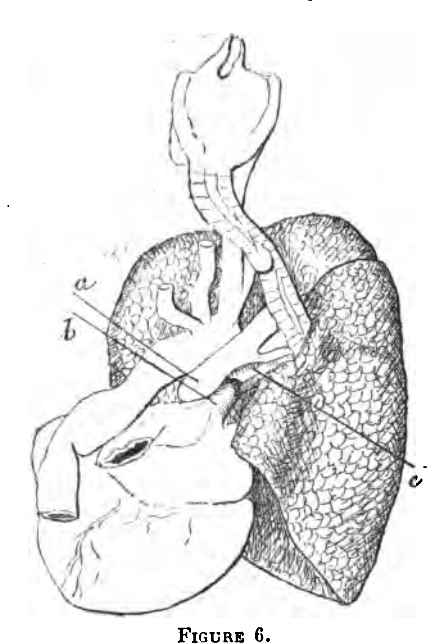


FIGURE 6.

a. Art. pulm. dr. — *b.* Veine cave sup. — *c.* Trace de la veine pulm. coupée.

5 millim. Les valvules semilunaires de l'aorte sont normales, l'aorte ascendante a un diamètre extérieur de 1 centim., la crosse de l'aorte donne naissance aux artères innominée, carotide gauche et sous-clavière gauche, ne se rétrécit point devant le point de jonction avec le conduit de Botal oblitéré et se transforme en aorte descendante, placée à gauche de la colonne vertébrale. En examinant la veine cave supérieure, on trouve à 2 centim. au-dessus de son entrée dans l'oreillette droite un renflement qui est le point de jonction avec la veine jugulaire gauche. La veine pulmonaire, en sortant du poumon droit, a un diamètre extérieur de 3 millim. et peut être suivie sur une étendue de 2 centim. 5 et ici elle se trouve être coupée (voir fig. 6). En examinant le péricarde, on trouve sur sa partie supérieure au-dessus de la glande thymus un bout de vaisseau veineux, long de 2 centim., qui, par son calibre et sa position, pouvait bien former la branche de jonction entre la veine pulmonaire et la veine cave supérieure. Ce morceau de vaisseau veineux se continue avec la veine azygos dilatée.

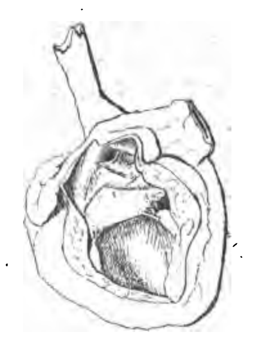


FIGURE 7.

En comparant ces deux observations, on trouve une grande similitude dans la disposition anatomique du poumon, du cœur et de la circulation du sang. Dans les deux cas, on trouve un petit renflement cartilagineux à la place de la bronche gauche, une seule artère pulmonaire et une seule veine pulmonaire, qui communique avec la veine azygos et, par cette voie, avec la veine cave supérieure. Dans les deux cas, l'oreillette gauche ne reçoit aucune veine pulmonaire; le trou ovale et le conduit de Botal sont rétrécis ou oblitérés. L'unique poumon droit, très développé, et divisé incomplètement en lobes dans le second cas, donnait un sang artériel qui, se mélangeant au sang veineux, produisait vraisemblablement la cyanose constante. Le fort calibre des veines caves et de

l'artère pulmonaire et l'hypertrophie de l'oreillette et du ventricule droits devaient contribuer à augmenter l'intensité de la cyanose générale. Si l'enfant de la première observation n'a vécu que cinq jours, par contre celui de la seconde observation a pu vivre plus de quatre mois. Les deux enfants étaient petits et mal nourris à leur naissance (2.400 grammes et 2.950 grammes) et celui qui était plus fort en naissant a pu vivre bien plus longtemps.

Dans l'ancienne littérature on trouve les noms de Bill, Flischmann, Meckel, Pozzi, Rivière et Sömmering, cités tous par Förster (1) et Geoffroy Saint-Hilaire, qui du reste, ne décrivent aucune observation détaillée, ni même d'une manière toute courte. Gruber (2), Haberlein (3) (2 cas), Heyfelder (4), Maschka (5), Stein (6) décrivent 6 cas d'absence totale d'un poumon, 4 fois c'est le poumon droit et 2 fois le poumon gauche qui manquaient. L'observation du professeur W. Gruber est la plus détaillée, mais ni celui-ci, ni les autres auteurs cités n'ont trouvé une communication de la veine pulmonaire avec la veine cave par l'intermédiaire de la veine azygos, comme dans nos deux observations. Dans le cas du professeur W. Gruber, il est dit expressément que la veine pulmonaire se rendait dans l'oreillette gauche, mais il faut remarquer que dans cette observation c'est le poumon droit qui manquait. Fürst, de Leipzig, dans *Gerhardt's Handbuch der Kinderkranheiten*, t. III, donne un aperçu général sur les vices de conformation du poumon, mais ne décrit aucun cas nouveau. Aucun de ces auteurs ne cherche la cause de cette anomalie. Ces deux anomalies congénitales semblent faire croire que le poumon gauche ne s'est point développé, à la

(1) Förster *Missbildungen.*
(2) Gruber (W.), prof. *Schm. Jhrb.*, vol. CXLIX, p. 263.
(3) *Schm. Jhrb.*, vol. CIX, p. 168.
(4) *Schm. Jhrb.*, vol. V, p. 136.
(5) *Allg. Wiener Z.*, 1842, nº 9.
(6) *Schm. Jhrb.*, vol. XVIII, p. 307.

suite d'un développement anormal de la circulation fœtale, avant le second mois de la vie intra-utérine.

Les notes prises pendant la vie des enfants par deux médecins différents et qui constatent que la respiration vésiculaire s'entendait aussi à gauche, dans la partie postérieure du thorax, prouvent que le bruit respiratoire d'un côté peut s'entendre dans le côté opposé, dans les cas où les conditions de propagation lui sont favorables.

NOTE SUR UNE FORME D'OPHTHALMIE DES ENFANTS SCROFULEUX

SIMULANT LA CONJONCTIVITE PURULENTE

Par **M. E. Valude,** interne des hôpitaux.

Au cours de la seconde enfance, chez les sujets manifestement scrofuleux, ou seulement lymphatiques, surviennent assez souvent des accidents inflammatoires oculaires, qui, dans leur mode de début, dans leurs caractères généraux sont assez exactement comparables à ceux qui marquent l'invasion d'une ophthalmie purulente commune : même gonflement énorme, particulier de la paupière supérieure, sécrétion muco-purulente à peu près identique comme aspect et comme quantité.

Le traitement ordinaire, appliqué à ces cas, fait assez rapidement diminuer l'intensité des phénomènes inflammatoires; mais il est impuissant à les faire disparaître tout à fait, ainsi qu'on a coutume de l'observer, au bout de quelques jours de traitement, dans l'ophthalmie purulente commune.

Ces phénomènes inflammatoires, si on les observe de plus près, se présentent alors avec une physionomie particulière bien différente de celle qu'affectent les accidents phlegmasiques de franche nature; c'est un boursouflement de la conjonctive,qui est plutôt rougeâtre que rouge ; le gonflement

palpébral offre une tension modérée et est généralement assez peu douloureux; la sécrétion se fait sous forme de sérosité purulente mal liée. Ces divers symptômes, à allure bâtarde et à évolution torpide, constituent véritablement une forme particulière d'ophthalmie qui, si elle se rapproche de l'ophthalmie purulente, doit cependant en rester absolument distincte.

La marche de la maladie après la chute des premiers symptômes, la nature des accidents qui sont susceptibles de survenir dans ces deux cas, ne permettent aucune confusion, et nous verrons que le traitemeut de l'une et l'autre de ces deux aflections offre des différences encore plus tranchées que ne le sont leurs symptômes.

C'est à sa clinique que M. le Dr Abadie, avec sa bienveillance si connue, me signala le premier des faits de cette nature, faisant ressortir vivement à mes yeux les différences profondes qui doivent faire séparer ces ophthalmies particulières du groupe des conjonctives catarrhales et purulentes.

Puis mon excellent maître, M. le professeur Panas, me retraça les mêmes particularités, me citant un fait de sa pratique qu'on retrouvera plus loin et qui est absolument semblable aux quelques cas que j'ai eu la bonne fortune d'observer.

Enfin, mon bagage d'observations s'enrichit d'un nouveau fait rencontré à l'hôpital des Enfants-Malades, dans le service de mon maître, M. le Dr de Saint-Germain, qui me permit, avec une bienveillance très grande, de recueillir le fait et de le publier.

Malgré la fréquence des déterminations oculaires spécifiques chez les scrofuleux de la seconde enfance, cette forme particulière, assez peu commune il est vrai, paraît avoir été peu remarquée par les auteurs.

Il n'entre pas dans le cadre de cette revue de reprendre les unes après les autres les phases de la bataille mémorable qui se livra, pendant près d'un demi-siècle, entre les ophthalmologistes, au sujet de la classification des ophthalmies;

d'autant que, soit qu'on recherche dans les ouvrages inspirés par l'École allemande, dans ceux de Beer, de Sichel par exemple ; soit qu'on examine les écrits émanés de l'École française, dont Velpeau fut le plus illustre champion, on ne retrouve nulle part dans leurs divisions une affection comparable à celle qui nous occupe.

Mackenzie (1), dans son éclectisme libéral, réunit dans une longue classification les divisions de l'École française et celles de l'École allemande.

Mais, malgré la multiplicité des genres et des variétés qu'il s'efforce de décrire isolément, nous ne voyons à l'actif de la scrofule que les kératites, les conjonctivites phlycténulaires, les blépharites, déjà détaillées sous d'autres dénominations par les auteurs précédents.

Peut-être une description de Scarpa (2) pourrait-elle être rapprochée de l'affection qui nous occupe; mais les termes un peu vagues en lesquels s'exprime cet auteur nous laissent plutôt penser qu'il s'agit d'une maladie un peu différente de notre ophthalmie scrofuleuse, d'une conjonctivite purulente commune, virulente, greffée sur un terrain scrofuleux.

Nous en dirons autant à propos d'un chapitre de Giraldès (3), dans lequel ce remarquable observateur décrit une forme d'ophthalmie purulente à manifestations torpides et survenant chez des enfants débilités ou scrofuleux.

Enfin, après ces deux auteurs, M. Galezowski (4), sous le titre « d'Ophthalmie purulente des enfants scrofuleux », décrit une affection qui, par beaucoup de points, est entièrement identique à celle qui nous occupe, mais qui s'en distingue à cause d'une confusion qui est celle-ci :

---

(1) Mackensie. *Traité pratique des maladies de l'œil,* traduit par Warlomont et Testelin, 1856, t. I, fasc. 5 et 6.

(2) Scarpa. *Traité des maladies des yeux*, 1802, t. I, p. 285.

(3) Giraldès, *Leçons sur les maladies chirurgicales des enfants.* Paris, 1869, p. 464.

(4) Galezowski. *Maladies des yeux,* Paris, 1872, p. 183.

Dans son article, M. Galezowski réunit dans une même description l'ophthalmie scrofuleuse, purement scrofuleuse, celle que nous offrent nos observations, et la conjonctivite purulente, virulente ordinaire, modifiée dans ses caractères par le fait de son évolution sur un terrain scrofuleux.

C'était cette dernière forme qu'avaient déjà entrevue Scarpa et Giraldès, mais celle-ci a des caractères spéciaux qui ne doivent pas la faire confondre avec l'ophthalmie de nature purement spécifique, que nous avons à décrire. — Il nous paraît qu'il y a là une affection dont les symptômes et la marche sont assez caractéristiques pour mériter une description particulière.

Observation I (recueillie par M. Toupet, interne des hôpitaux, chef de clinique de M. le Dr Abadie). — Antoine P..., âgé de 27 mois, est amené par sa mère, pour une affection oculaire déjà traitée depuis quelque temps dans une autre clinique.

Cet enfant, assez bien développé pour son âge, a cependant la figure un peu pâle et bouffie; son aspect est un peu celui d'un enfant lymphatique, bien qu'il n'ait eu aucune trace évidente de cette constitution, qu'il n'ait jamais présenté de croûtes impétigineuses dans les cheveux.

Son affection oculaire débuta au mois de février par une conjonctivite légère qui fut traitée à la clinique des Quinze-Vingts, jusqu'au 1er mars environ, au moyen d'un collyre qui, faute de certitude, paraît être vraisemblablement un collyre au sulfate de zinc. A cette époque, l'invasion d'une rougeole força le petit malade à interrompre ses visites à la clinique. Pendant une quinzaine de jours, l'enfant cessa tout traitement oculaire, et c'est seulement après la guérison de sa rougeole qu'il se représenta à la clinique de M. le Dr Abadie, le 15 mars.

La terminaison de la fièvre éruptive laissa les yeux du petit malade plus altérés qu'avant son invasion. A ce moment, ce n'est pas seulement une conjonctivite catarrhale qu'on constate, mais un ensemble des symptômes suivants :

Les paupières des deux yeux sont tuméfiées et offrent une coloration d'un rouge vineux, qui rappelle l'aspect des yeux atteints d'ophtalmie purulente, mais avec une distension moins énorme que dans

cette dernière maladie. La figure du petit malade n'est pas tout entière dans les deux yeux comme dans la conjonctivite purulente type; il y a moins de gonflement, c'est une sorte d'œdème qui, au toucher, offre une rénitence appréciable.

Les paupières offrent une certaine résistance au doigt qui cherche à les retourner, et une fois retournées, elles reviennent en place, parfois avec une extrême difficulté. Il se produit par ce mécanisme une véritable luxation du cartilage tarse.

La conjonctive gonflée forme dans les culs-de-sac supérieurs d'épais bourrelets d'une coloration rouge peu foncée, et qui dénote une certaine atonie dans le processus inflammatoire.

La sécrétion, peu abondante d'ailleurs, n'est pas franchement purulente. Quand on écarte les paupières, il s'écoule tantôt une sérosité louche un peu rougeâtre, tantôt une petite quantité de pus séreux. Les yeux sont très fortement collés, et leur ouverture spontanée est impossible.

Les cornées ne sont nullement atteintes, et l'application des écarteurs nécessaires à leur examen détermine l'érosion des surfaces conjonctivales, qui, très friables, laissent écouler un peu de sang.

Ces divers phénomènes étaient également marqués sur l'un et l'autre œil. M. Abadie prescrivit des cautérisations journalières faites avec la solution de nitrate d'argent à 1/2 p. 100.

Au bout de quelques jours, l'intensité des phénomènes inflammatoires s'atténua, le gonflement, la rougeur, diminuèrent assez notablement, sans disparaître pourtant.

Malgré la persistance du traitement continué pendant trois semaines, l'œil gauche était toujours constamment fermé, la conjonctive rouge, les paupières gonflées. A droite, l'œil pouvait rester ouvert, mais les signes inflammatoires existaient encore assez marqués.

L'enfant resta huit jours sans venir à la clinique. Quand sa mère le ramena, nous trouvâmes les deux yeux revenus à leur premier état, en occlusion absolue, très gonflés, et produisant une sécrétion muco-purulente.

Renonçant à sa première thérapeutique, M. Abadie conseille l'application permanente de légers cataplasmes de fécule, à l'exclusion de tout autre traitement.

Le gonflement tomba en quatre jours, et depuis lors, sous les paupières, on glissa chaque jour gros comme un petit pois de pommade jaune.

Concurremment à ce traitement local, le sirop iodo-tannique fut administré à l'intérieur.

Huit jours après l'institution de ce traitement, la guérison était presque parfaite.

Obs. II (communiquée par M. Toupet). — Berthe C..., âgée de 8 ans, se présente à nous, atteinte d'une affection oculaire survenue après une conjonctivite pustuleuse, guérie pendant le mois de janvier.

Cette enfant, sans antécédents scrofuleux manifestes, est blonde et possède, dans son ensemble, les caractères extérieurs de la constitution lymphatique.

Sa conjonctivite pustuleuse, guérie au mois de janvier, ne paraissait pas lui avoir laissé de traces, quand, il y a quelques jours, elle fut prise, à l'œil gauche, de douleurs et d'un gonflement qui atteignit assez rapidement le degré que nous constatons aujourd'hui.

25 avril. L'œil gauche est le siège d'un gonflement assez notable; la paupière supérieure rouge, tuméfiée, recouvre presque complètement la paupière inférieure.

La conjonctive rougeâtre, épaissie, sécrète une certaine quantité de muco-pus. Du côté droit, l'œil est rouge et est le siège d'un catarrhe conjonctival léger, sans gonflement notable des paupières.

Pendant huit jours, on pratiqua, sur l'œil gauche, des cautérisations avec la solution de nitrate d'argent à 1/2 p. 100.

Tout le temps que dura cette médication, l'amélioration fut nulle, le gonflement, la rougeur, la sécrétion restèrent les mêmes; la conjonctive devint très friable, saignant facilement. Puis ces lésions de la conjonctive se compliquèrent même d'un certain degré de kératite. La partie inférieure et externe de la cornée s'opacifia, et quelques vaisseaux fins, partis de la conjonctive, allèrent alimenter cette portion marginale de la cornée atteinte de kératite parenchymateuse.

Devant cette complication, on substitua au nitrate d'argent l'application locale de poudre d'iodoforme; ce topique fut continué pendant trois jours sans aucun résultat.

La conjonctivite et la sécrétion muco-purulente restant les mêmes, on abandonna toute espèce de traitement substitutif, et le 10 mai, on se borna à prescrire l'application de cataplasmes de fécule pour faire cesser le gonflement.

L'amélioration fut rapide; quelques jours après, M. Abadie fit instituer la médication ordinaire à cette forme d'ophthalmie scrofuleuse.

Application quotidienne de pommade jaune dans la cavité conjonctivale, sirop iodo-tannique à l'intérieur.

A la fin du mois de mai, après une quinzaine de jours de ce traitement l'enfant, complètement guérie, cesse de se présenter à la clinique.

Obs. III (personnelle), recueillie à la clinique de M. le Dr Abadie. — Jeanne H..., âgée de 2 ans 1/2, se présente à la clinique pour une affection oculaire de date ancienne, récidivée, et dont la première atteinte remonte à six mois environ.

Cette petite fille, très blonde, pâle et les joues un peu bouffies, offre toutes les apparences de la constitution scrofuleuse; néanmoins, elle n'a jamais souffert de maladies sérieuses; ses parents ne paraissent entachés, ni de tuberculose, ni de syphilis.

La mère raconte, qu'il y a six mois, sa petite fille portait un écoulement continu de l'oreille gauche; survint, sans cause apparente, une ophthalmie aiguë de l'œil du même côté qui fut guérie par M. de Wecker, en trois semaines, au moyen d'applications de jequirity. Pendant toute la durée de l'inflammation oculaire, l'otorrhée s'arrêta pour reprendre aussitôt après la guérison de cette ophthalmie.

Actuellement, la mère a vu depuis six semaines le suintement auriculaire habituel faire défaut, et depuis quelques jours, l'œil gauche redevient gonflé et rouge.

Le début de cette récidive d'ophthalmie paraît s'être fait autour d'un leucome placé au milieu du segment inférieur de la cornée. La mère raconte, très nettement, qu'elle a vu les filets rouges des vaisseaux apparaître entre la conjonctive et la petite taie, que, de là, la rougeur s'est étendue assez rapidement à toute la conjonctive.

Les premiers phénomènes remontent à quatre jours, et aujourd'hui nous trouvons l'œil gauche dans l'état suivant :

Le gonflement de la paupière est assez considérable pour en gêner beaucoup le relèvement; la conjonctive, rouge, épaissie, forme un chémosis volumineux autour de la cornée, du muco-pus en petite quantité s'écoule des angles de l'œil.

La cornée présente une opacité, au niveau du leucome existant antérieurement, mais le reste de sa convexité reste transparent.

Les cautérisations quotidiennes au nitrate d'argent en solution à la dose de 1 p. 100, sont instituées et continuées pendant huit jours. La

suppuration devient très abondante, mais la rougeur, le gonflement surtout, restent les mêmes, et le traitement doit être abandonné.

On y substitue les lavages à l'acide borique et l'application émolliente de cataplasmes de fécule; rapidement la détente des phénomènes inflammatoires et la disparition du gonflement s'ensuivent.

Puis la guérison définitive s'obtient à l'aide d'applications de pommade jaune, et par l'administration, à l'intérieur, du sirop iodo-tannique,

Pendant toute la durée de l'affection de l'œil gauche, l'œil droit est demeuré parfaitement clair et indemne.

Aujourd'hui, l'enfant a son œil presque complètement guéri, le suintement par l'oreille n'a pas reparu.

A côté de ces faits, nous voulons placer celui que nous avons recueilli dans le service de M. le Dr de Saint-Germain, à l'hôpital des Enfants-Malades.

Dans cette observation, qui ne paraît pas tout d'abord favorable à notre thèse, puisque l'enfant est mort, on verra que l'amélioration des symptômes oculaires a été réelle sous l'influence du traitement approprié. La mort est survenue par le fait d'une broncho-pneumonie infectieuse.

Obs. IV. — F... (Albert), âgé de 20 mois. Entré le 11 juin 1884, salle Saint-Joseph, n° 9. Service de M. de Saint-Germain à l'hôpital des Enfants-Malades.

Cet enfant, d'apparence misérable et tellement chétif qu'il semble avoir 8 mois à peine, bien qu'il soit plus âgé, offre toutes les apparences de la constitution scrofuleuse la plus maligne. La tête est couverte de croûtes impétigineuses; on trouve la région cervicale farcie de ganglions.

N'ayant pu nous trouver en rapport avec les parents, nous avons dû nous borner à enregistrer, d'après les renseignements qui nous ont été fournis, l'état objectif des lésions à partir du moment de son entrée à l'hôpital.

Le 11. L'œil droit est très gonflé, et offre un volume comparable à celui des yeux atteints d'ophthalmie purulente ordinaire. La paupière supérieure surtout, assez rouge, reste abaissée et ferme l'œil complètement. Elle est cependant assez flexible et n'offre pas une très

grande résistance lorsqu'on cherche à la retourner. L'écoulement muco-purulent est assez peu abondant. La cornée, entourée d'un léger chémosis, offre une ulcération déjà marquée au centre. Dans son segment inférieur et interne, il existe une certaine infiltration purulente des lames de la cornée, de un millimètre et demi.

L'œil gauche n'est pas gonflé, la cornée est parfaitement nette, la conjonctive est seulement un peu rouge.

Le traitement institué est celui-ci : Cautérisation journalière à la solution de nitrate d'argent à 2 p. 100, puis à 3 p. 100. Lavages oculaires à la liqueur de Labarraque, application de compresses imprégnées de solution boriquée.

Pour la nuit, cataplasmes de farine de lin, arrosés d'un mélange de vin aromatique et d'eau phéniquée faible.

Le 13. L'état est le même objectivement. La photophobie est intense, la suppuration a augmenté notablement, le chémosis est plus marqué.

Le 20. L'état de la cornée va empirant. Elle est opacifiée totalement, offre l'apparence d'un linge mouillé. Le chémosis est très volumineux.

L'ulcère s'étend à toute la partie centrale de la cornée, et l'infiltration purulente a gagné également en étendue. Le traitement est continué.

Le 23. Ce jour-là ayant été amené à examiner l'enfant, je reconnus au gonflement spécial de la paupière, au peu d'abondance de la suppuration, qu'il s'agissait d'une de ces ophthalmies torpides scrofuleuses, dans lesquelles le processus inflammatoire est très peu actif.

Le gonflement palpébral était très prononcé et la cornée semblait prête à se perforer.

L'œil gauche était sain, sauf que la conjonctive également traitée par la cautérisation était rouge et donnait un peu de pus.

On appliqua simplement de légers cataplasmes, et l'œil fut lavé à l'acide borique sans cautérisation.

Le 28. Œil droit. Paupières moins gonflées, moins infiltrées surtout. Conjonctives rouges par places et offrant en plusieurs endroits une coloration normale. Plus de gonflement de cette muqueuse. Cornée plus claire, surtout dans le segment externe. Les bords de l'ulcère s'aplatissent, celui-ci semble avoir une tendance à se combler. La suppuration a presque disparu. Après la chute de ces phénomènes inflammatoires, on commença l'application journalière de

pommade jaune, en même temps qu'un traitement interne anti-scrofuleux était administré au petit malade.

L'œil gauche n'offre plus qu'une rougeur insignifiante de la conjonctive.

2 juillet. Œil droit. La conjonctive offre maintenant dans toute son étendue, une coloration et un aspect normaux. Plus de gonflement des paupières ni de chémosis. La cornée, un peu éclaircie dans sa partie externe, reste très atteinte dans la partie inféro-interne, où siège l'infiltration purulente qui ramollit cette membrane et favorise la formation d'un staphylôme qui paraît imminent.

La pommade jaune est continuée; on y adjoint l'application du bandeau compressif destiné à empêcher, si possible, la formation du staphylôme.

Le 4. La situation est améliorée, la tendance au staphylôme est moindre. Du côté de la conjonctive et des tissus de la paupière, tous les phénomènes ont disparu; mais l'état général, depuis longtemps défectueux, devient très mauvais et inquiétant. L'enfant est en proie à une broncho-pneumonie double d'une assez grande intensité.

Le 9. L'enfant succombe à la broncho-pneumonie et dans un état de cachexie excessive.

En somme on a vu, dans la première partie de cette observation, le gonflement palpébral, l'infiltration du tissu de la paupière résister à la médication caustique, tandis que, soumise à cette influence, la cornée devint ulcéreuse, tendant de plus en plus au ramollissement et à la perforation. Après la substitution du traitement émollient à la première médication, on put observer une chute rapide de tous les phénomènes inflammatoires. Puis l'emploi de la pommade jaune enraya notablement le procusus ulcératif cornéen, et si l'enfant eût été placé dans de bonnes conditions de vie, nul doute que cette médication eût, non pas peut-être ramené la cornée à l'état d'intégrité parfaite, mais au moins arrêté les accidents dans leur marche rapidement funeste.

(*A suivre.*)

REVUES DIVERSES

De l'étiologie de l'ophthalmie des nouveau-nés, par ZWEIFEL (*Arch. für Gynæk.*, t. XXII, p. 318), d'après la *Revue* du Dr AUVARD, dans le *Bulletin général de thérapeutique* du 15 août 1884.

L'ophtalmie des nouveau-nés peut-elle être produite par l'écoulement normal utéro-vaginal (*lochies*), par la sécrétion fournie par une inflammation catarrhale de ces parties (*leucorrhée*) ou par un agent spécifique infectieux (*blennorrhagie*)?

NEISSER a décrit un *diplococcus gonorrhéique* spécial qui serait le microbe de la blennorrhagie et qui serait la cause de l'ophthalmie des nouveau-nés.

ZWEIFEL a recueilli avec une pipette dans le vagin d'accouchées parfaitement saines des lochies qui, examinées au microscope, ne présentaient pas de traces de *gonococcus* et a inoculé ce liquide dans le cul-de-sac conjonctival de six nouveau-nés. Dans aucun des six cas, il n'y a eu de trace d'inflammation ni de suppuration, d'où Zweifel tire cette conclusion que, pour qu'il y ait ophthalmie purulente d'un nouveau-né, il faut qu'il y ait eu à son passage inflammation blennorrhagique du canal génital de la femme.

Gonorrhœa insontium. (Blennorrhagie des enfants, en dehors du rapprochement sexuel). *Bulletin* du *Lyon médical*, du 26 octobre 1884. *Résumé.*

Le professeur DE AMICIS, dans une leçon publiée par la *France médicale*, a signalé chez les enfants l'existence de vulvo-vaginites spontanées et présentant des *coccus* spécifiques; il croit qu'on peut trouver le coccus de Neisser dans les produits de catarrhes inflammatoires ne tenant pas à un rapprochement sexuel.

Le Dr KRONER (*Assemblée des naturalistes et médecins allemands de Hambourg*, in *Semaine médicale*, du 16 octobre 1884) dit qu'il a rencontré le gonococcus dans les 2/3 des cas d'ophthalmoblennorrhée des nouveau-nés qui ont été soumis à son examen.

Dans la discussion qui a suivi, TISCHENDORF dit avoir vu à l'hôpital de Hambourg des enfants, atteints de scarlatine ou porteurs d'appa-

reils d'extension, acquérir des blennorrhagies vaginales où on a trouvé le gonococcus de Neisser, sans qu'aucune affection ait été constatée, ce qui semble inadmissible à Kroner.

Y a-t-il donc une blennorrhagie spontanée, la présence du gonococcus ne prouvant rien ? Ce microbe ne serait alors qu'un organisme banal pouvant se rencontrer sur toute muqueuse enflammée.

C'est là un des côtés de la question de la spécificité de la blennorrhagie qui passionne en ce moment les esprits à l'*Antiquaille* de Lyon.

Les partisans de la spécificité prétendent que l'enfant contracte la vulvite blennorrhagique par l'infection, soit au passage, soit après la naissance. Si l'on voit infiniment moins de vulvites que d'ophthalmies, c'est que tous les enfants sans distinction de sexe sont exposés à l'ophthalmie par la fréquence absolue de la présentation du sommet, tandis que les petites filles seulement, et dans le cas très rare (3 pour 100) de présentation du siège, seront exposées à la vulvite blennorrhagique; la longueur du canal de l'urèthre, protégé encore par un long prépuce, est une sauvegarde pour les petits garçons.

Après la naissance, les chances sont égales pour le vagin et pour l'œil, si une mère contaminée lave la région génitale d'un enfant avec un linge ou une éponge qui lui ait servi à elle-même.

Peu de faits ont été constatés. Dans les *Annales* de Cazenave (1846), on trouve pourtant, d'après un journal italien, l'observation d'une mère atteinte de blennorrhagie qui, ayant mis avec elle au bain deux petites filles de 4 et 8 ans, communiqua à toutes deux sa maladie.

Il paraît probable que le gonococcus est le signe d'une contagion, qu'il y ait eu des rapports sexuels ou non. La contagion en dehors de ces rapports n'a pas été souvent cherchée. Quoique la constatation en soit délicate, on peut penser que, l'attention une fois mise en éveil, les faits se multiplieront.

Une large part doit être faite, surtout pour la petite fille, au contact du lit, au séjour dans le bain, à l'emploi du linge, de l'éponge contaminés, peut-être aussi à la projection hors du vase, lors de la miction, de quelques gouttes d'urine infectée.

Les érosions aussi (celles de la scarlatine ou celles qui sont provoquées au niveau des organes sexuels par le contact des appareils) doivent favoriser la contagion.

Il est difficile d'admettre, en l'état de la question, une blennorrhagie spontanée, mais des réserves, plus grandes de jour en jour, doivent

être faites dans la constatation médico-légale d'une blennorrhagie, attribuée à des actes criminels, qui peut avoir des causes accidentelles et laisser *insontes* l'inculpé aussi bien que sa prétendue victime.

Maturité précoce, extrait du travail du Dr V. Gautier, sur **les hémorrhagies génitales des petites filles** (quatrième partie) dans la *Revue médicale de la Suisse romande*, 15 nov. 1884.

Les observations de maturité précoce, rassemblées par l'auteur, sont au nombre de 41 ; elles se répartissent de la manière suivante, d'après l'âge :

Dès la naissance.....	1 cas.	15 mois..............	1 cas.
4 mois.............	2 —	16 mois..............	1 —
5 mois.............	2 —	18 mois..............	1 —
7 mois.............	3 —	19 mois..............	1 —
9 mois.............	5 —	22 mois..............	1 —
10 mois.............	1 —	23 mois..............	1 —
Première année sans désignation de mois.	5 —	Deuxième année sans désignation de mois...	3 —
Total pour la première année............	19 cas.	Total pour la deuxième année..............	9 —

De 2 à 3 ans..........................	2 cas.
De 3 à 4 ans..........................	5 —
De 4 à 5 ans..........................	3 —
De 5 à 6 ans..........................	1 —
Total de 2 à 6 ans..............	11 —

Restent un cas dans lequel l'âge de la première menstruation n'est pas indiqué et un dernier cas où la malade, atteinte de rétention du flux menstruel, par suite d'une atrésie des voies génitales, est *morte d'hématocèle à* 3 *ans* 1/2, sans avoir perdu de sang.

Dans la moitié des cas (19 sur 41) la menstruation a débuté dans le cours de la première année; si à ces 19 cas on ajoute ceux de la deuxième année, au nombre de 9, on arrive à un total de 28, dans lequel la menstruation se montre avant l'âge de 2 ans accomplis.

Les faits du premier âge étant plus susceptibles d'attirer l'attention, les médecins s'empressent de les publier, tandis que les faits plus tardifs sont passés sous silence. Il y en a pourtant eu un cer-

tain nombre relevés vers l'âge de 7 à 8 ans, mais l'auteur croit être le premier qui en ait relaté vers l'âge de 5 ou 6 ans.

Sauf pour l'enfant chez lequel la première menstruation est apparue dès la naissance, l'écoulement sanguin n'est jamais le symptôme initial de la puberté prématurée. Il est toujours précédé d'un développement moins remarqué du poids, de la taille de l'enfant, du gonflement des glandes mammaires, souvent aussi de l'apparition des poils de la région pubienne et du développement des grandes lèvres.

De l'emploi des bains permanents chez les nouveau-nés, par F. Winckel, d'après *Lyon médical* du 2 nov. 1884.

Les bains chauds permanents sont indiqués pour les enfants :

1° Dans les cas de faiblesse extrême (enfants de 28 à 36 semaines);

2° Dans le cas où les sujets sont dans un état d'asphyxie profonde par suite d'hémorrhagies pendant l'accouchement ou d'hémorrhagies par le cordon après l'accouchement;

3° Dans le cas d'affections cutanées (intertrigo, pemphigus étendu, d'origine non syphilitique); enfin dans les cas de sclérème, de maladies du cordon et dans les cas d'opérations (atrésie anale).

L'auteur a fait construire une baignoire spécialement destinée à cet usage, dans laquelle on a constaté que les enfants, même très agités, restent tranquilles (avec un bain de 36 à 38° c.); qu'on pouvait les maintenir *plusieurs jours de suite,* avec des interruptions de quelques minutes en ajoutant de l'eau chaude toutes les heures et au plus toutes les demi-heures, pour conserver la température voulue ; que *les enfants pouvaient boire et dormir* de longues heures dans le bain.

Les expériences faites par l'auteur sont encore peu nombreuses; elles ont porté sur un enfant débile atteint d'intertrigo ; sur un jumeau peu développé et sur un enfant venu au monde en état d'asphyxie profonde et atteint d'ascite et d'atélectasie partielle du poumon droit.

Maladies des os chez les animaux (*Société pathologique de Londres,* séance du 1er avril 1884. D'après le *Compte rendu général des Sociétés savantes,* 1884, n° 20).— M. J. B. Sutton est en mesure d'affirm[illegible] que le rachitisme est très commun parmi les carnivores, surtout d[illegible] les petites espèces. D'après ses observations, le rachitisme de l'en[illegible]ce, chez ces animaux, touche surtout le squelette des membres, [illegible]

rax et quelquefois le crâne. Dans la seconde forme, qui survient à l'époque de la puberté, c'est surtout la colonne vertébrale qui est attaquée. Une troisième forme, qu'on pourrait appeler le rachitisme des animaux adultes, s'observe plus rarement : il y a une déformation très marquée du thorax, les os sont creusés de cavités contenant de la moelle diffluente, les dents tombent par résorption des parois alvéolaires; plus rarement, on trouve chez les animaux jeunes les épiphyses volumineuses et les os ramollis.

L'auteur rapporte les idées de M. Lataste qui, d'après ses observations sur les rongeurs, pense que, lorsqu'on les enferme, il se développe une maladie osseuse qui varie avec l'époque où commence la captivité; chez les jeunes rongeurs, la maladie commence vite et revêt tous les caractères du rachitisme. Chez les animaux adultes, la résistance est plus longue, l'affection commence par la paraplégie et bientôt surviennent les fractures. D'après l'auteur, ce serait une même maladie, apparaissant sous deux aspects différents, rachitisme chez les jeunes animaux, ostéomalacie chez les vieux, et cette maladie consisterait essentiellement dans une altération du système osseux, tantôt absence de l'assimilation, tantôt réabsorption des sels calcaires. Donc, la captivité ou la mauvaise hygiène donneraient lieu, suivant l'époque de la vie où leur influence se fait sentir, au rachitisme dans l'enfance et l'adolescence, à l'ostéomalacie chez l'adulte.

Le professeur Humphry fait observer qu'il n'y a pas, à proprement parler, de gonflement des épiphyses dans le rachitisme vrai, si ce n'est par lésions inflammatoires surajoutées.

Tumeurs dermoïdes des yeux. (*Société impériale et royale des médecins de Vienne*, 1884, D'après la *Semaine médicale* du 12 juin 1884). — **M. Bergmeister** a présenté une jeune fille de 13 ans, atteinte de tumeurs dermoïdes sur les deux yeux. Ces tumeurs siègent, comme ordinairement, moitié sur la cornée, moitié sur la sclérotique. On observe quelquefois que les tumeurs dermoïdes des yeux augmentent de volume pendant la puberté, qu'elles deviennent lipomateuses et c'est alors qu'elles commencent à gêner les individus qui en sont atteints. C'est ce qui est arrivé dans le cas en question. Mais ce n'est pas là ce qui est remarquable chez ce sujet.

La face est tout à fait asymétrique, la moitié gauche est peu déve-

loppée, l'angle gauche de la bouche est plus haut et de celui-ci part, vers l'oreille gauche, une longue cicatrice, qui, au dire des parents de la malade, provient de l'enlèvement d'un pli cutané. On sait que parmi les complications des tumeurs dermoïdes, il y a le coloboma des paupières, des fissures de la peau, des plis cutanés, etc. Van Huise a publié, il y a deux années, une étude sur les complications des tumeurs dermoïdes et en a cité un cas tout à fait semblable à celui que M. Bergmeister vient de présenter. Van Huise explique la formation des tumeurs dermoïdes par l'accolement de l'amnios à la surface des parties proéminentes du corps du fœtus et spécialement au bulbe. De la simultanéité des tumeurs dermoïdes avec le coloboma des paupières, il déduit que les tumeurs dermoïdes s'interposent entre les parties qui forment la paupière et deviennent ainsi un obstacle à la formation des paupières. Van Huise explique également les fissures de la face et plis cutanés par l'adhérence de l'amnios aux différentes parties de la face du fœtus. M. Bergmeister se rallie à cette opinion, et pense que, dans le cas qu'il a présenté, c'est bien à l'enlèvement d'un pli cutané que doit être attribuée la cicatrice.

Contribution au traitement de l'empyème, par CABOT (*The Bost. Med. and Surg. Journ.*, vol. CIX, p. 145, 1883), d'après G. CARRON, *Revue de Chirurgie*, 10 novembre, 1884. Résumé.

Le Dr Cabot a ouvert la plèvre dans 14 cas. 11 ont guéri, 2 ont été suivis de mort par tuberculose pulmonaire; une fois, la mort a eu lieu sans causes connues, vingt-trois jours après l'opération ; l'affection datait de quatre ans.

M. Cabot fait l'incision dans le huitième, et, par exception, dans le septième espace intercostal, en avant du muscle grand dorsal; l'ouverture est ainsi suffisamment basse pour être déclive dans toutes les positions du corps, excepté quand le malade est couché sur son côté sain. A l'aide d'une aiguille cannelée, dont il donne le dessin, il pratique d'abord une ponction, puis, sur la cannelure de l'instrument, il glisse le bistouri.

Le pansement est celui de Lister appliqué de la façon suivante : 1° Deux tubes droits, accolés et très courts, ne dépassant pas la paroi interne costale et coupés au ras de la peau; 2° gaze chiffonnée trempée dans une solution antiseptique (eau chlorurée) ; 3° large makintosh ; 4° 12 à 15 couches de gaze sèche ; et enfin, 5° une épaisse cou-

che de coton maintenue à l'aide d'une bande de flanelle ou de gaze. Quelque ancienne que soit la date du début de l'affection, on doit tenter l'empyème, et si l'on trouve le poumon entouré d'une coque fibreuse, empêchant son expansion, l'on devra pratiquer la résection partielle de plusieurs côtes.

Empyème aigu fétide traité par l'incision de la cavité pleurale avec lavage abondant; guérison rapide, par O. Buchanan (*Glasg. Med. Journ.*, fév. 1883), d'après G. Carron, *loc. cit.*

Jeune fille de 19 ans. Bonne santé jusqu'au 24 septembre dernier; à cette époque, douleur dans le côté gauche de la poitrine. Symptômes de la pleurésie aiguë. Le 14 octobre, thoracentèse faite avec l'aspirateur, donnant issue à 70 onces de pus brun foncé, putride, infect, Soulagement immédiat; puis reproduction de l'épanchement. Le 19, évacuation de 20 onces de pus encore putride, moins foncé et plus séreux.

24 heures après, le liquide s'est reproduit; l'empyème est pratiqué, les deux tubes de la canule double de Gooche (en forme d'X) sont introduits dans la plèvre; lavage avec 12 litres d'eau tiède mélangée de la liqueur Condy. Drain large en caoutchouc.

Amélioration rapide; deuxième lavage le 11 novembre; drain plus étroit, de 6 pouces de long, retiré finalement le 22. Cinq semaines après l'empyème, guérison complète. L'auteur fait remarquer que les cas de guérison de pleurésie purulente aiguë, d'origine septique et gangreneuse, sans lésion du poumon, ni d'aucun organe sont exceptionnels.

Fistule congénitale de la région ano-coccygienne, par le Dr Paul Reclus, *in Gazette hebdomadaire* du 28 avril 1882.

M. Reclus a observé à l'Hôtel-Dieu un cas de fistule borgne externe d'origine congénitale, siégeant dans la rainure interfessière, entre l'anus et le coccyx. Profondeur du trajet (0,05 cent.); la fistule est indépendante de la colonne vertébrale. Cette circonstance aussi bien que le siège de la fistule, en avant du coccyx, donnent un intérêt tout particulier à ce fait à peu près unique. (Voir les cas de fistules situées dans le voisinage du sacrum, par MM. Terrillon, Després, Heurtaux et Lannelongue.)

Imperforation de l'anus avec conformation normale du rectum et issue du méconium par un orifice cutané rétro-scrotal, par M. Ramonet (*Arch. gén. de méd.*, mars 1883).

Chez un petit garçon de 3 jours, ne présentant aucun signe d'étranglement interne, on trouvait, à la partie supérieure et postérieure des bourses, sur le raphé médian du scrotum, un petit orifice laissant sourdre le méconium à la pression. Un stylet introduit par cet orifice conduit au point où devrait se trouver l'anus et où le périnée est uniformément plan, sans saillie, ni dépression.

En faisant saillir le bec du stylet au fond du trajet fistuleux, il a suffi d'inciser avec précaution la peau sur la ligne médiane, pour que le doigt arrive à pénétrer dans un rectum normalement conformé. Le trajet fistuleux s'est, par la suite, oblitéré de lui-même.

Ce succès extraordinaire fait rentrer le cas cité dans la catégorie des imperforations simples, dans lesquelles le rectum est normal et l'anus oblitéré seulement par les téguments ou par une valvule de la muqueuse. On ne serait évidemment pas parvenu au même résultat, dans une imperforation compliquée d'absence ou d'imperméabilité du rectum (remplacée par un cordon fibreux imperméable), pas plus que dans la complication qui résulte de l'ouverture du rectum sur un autre point de la région anale (anus contre nature).

VARIÉTÉS

— **Hôpital des Enfants-Malades,** 149, rue de Sèvres. — M. le Dr Descroizilles a commencé ses leçons de pathologie et de clinique infantiles le vendredi 7 novembre, à 9 heures, à l'amphithéâtre, et les continuera les vendredis suivants, à la même heure. — Examen des malades avant la leçon, salle Saint-Augustin.

Le mardi, à la consultation, conférence de thérapeutique.

Ouvrages reçus.

La *Revue des maladies de l'enfance* a reçu :

Des fractures du cubitus par cause indirecte et de la fracture du radius par torsion, par le Dr Brossard, ex-interne des hôpitaux de Lyon. Paris. J.-B. Baillière et fils, 1884.

Pseudo-méningite des jeunes sourds-muets (otopiésis pseudo-méningitique), par le Dr Boucheron, ancien interne des hôpitaux. — Paris, Octave Doin, 1884.

Mandrin-trachéotome et trachéotome à manche dilatateur-conducteur (vivisections opérées à la clinique du professeur Duplouy, de Rochefort-sur-Mer), par le Dr Phelippeaux (de Saint-Savinien), inspecteur des Enfants-Assistés. — Paris. Lauwereyns-Steinheil, 1884.

Do impaludismo na infancia (*De l'impaludisme dans l'enfance*), par le Dr Augusto, F. de M. Barretto. Rio-Janeiro, 1884.

Rendi conto statistico-clinico di un biennio della nuova sala dei bambini infermi nell' Ospedale di S. Spirito in Sassia (*Compte rendu statistique des deux années de clinique dans la nouvelle salle des Enfants malades à l'hôpital de S. Spirito in Sassia*). Rome, 1883.

La tintura de iodio contro le febbri intermittenti malariche (*La teinture d'iode dans le traitement des fièvres intermittentes paludéennes*), par le Dr Luigi Concetti, assistant à l'hôpital de l'Enfant-Jésus, à Rome. — Milan. Francesco Vallardi, 1883.

Sulla tracheo-stenosi per ipertrophia congenita del timo (*De la trachéo-sténose par hypertrophie congénitale du thymus*), par le Dr Giuseppe Somma. — Naples. Leonardo Vallardi, 1884.

Some observations on the salivary digestion of starch by infants (*Remarques sur la digestion salivaire de l'amidon par les enfants*), par le Dr J.-M. Keating, de Philadelphie. Extrait des *Transactions of the college of physicians of Philadelphia*, 3e sér., vol. VI.

Del espiritu de la cirugia contemporanea (*Esprit de la chirurgie contemporaine*), discours de réception à l'Académie royale de médecine et de chirurgie de Barcelone, par le Dr Francisco de Sojo y Battle; argumentateur, le Dr Juan Giné y Partagas.

Un viaje a Cerebropolis (*Un voyage à Cérébropolis*), essai humoristique, par le Dr J. Giné y Partagas.

Le gérant : G. Steinheil.

TABLE ANALYTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME II

DEUXIÈME ANNÉE, 1884

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. DAVY Sr, imprimeur de la Faculté de médecine, 52, rue Madame et rue M.-le-Prince, 14.

Davis-
ondres.

, Bene-
méd. de

tion tu-
paie de
426
nt des
s. Ac-
ac. des

e chez
P.-E.

thora-
lym-
a, ser-
NNIER.

e chez
Brit.

cinat.
cinat.
Hôp.
evue,

s de

d'é-
ENT.
yon.

t son
ARA-